



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK VBU** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkasseninfo.de).

Die **BKK VBU** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte zum bzw. schnellstmöglich Mitglied der BKK-VBU werden.

- Wechsel im **Kündigungsverfahren** (wir kündigen die bisherige gesetzliche Krankenkasse für Sie)
- Wechsel aufgrund einer **Statusänderung** (z. B. Beginn oder Ende einer Beschäftigung/Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, Ende Familienversicherung)
- Beitritt zur **gesetzlichen Versicherung** (z. B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzliche Krankenkasse)

ANGABEN ZUR PERSON (laut Ausweisdokument)

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer Finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

ALLGEMEINE ANGABEN (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich bin ...**
- Arbeitnehmer/in
 - Auszubildende/r
 - Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
 - Schüler/in (bitte Schulbescheinigung beilegen)
 - Rentner/in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen)
 - Rentenantragsteller/in
 - Bezieher/in von ALG I (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Beamtin/Beamter
 - nicht Erwerbstätige/r
 - Sozialhilfeempfänger/in
 - Bezieher/in von ALG II (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Künstler/in
 - Selbstständige/r ohne Anspruch auf Krankengeld
 - Selbstständige/r mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche
- Ich war zuletzt ...**
- pflichtversichert
 - freiwillig versichert
 - familienversichert
 - privat krankenversichert/freie Heilfürsorge

Name der Krankenkasse

nicht krankenversichert nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

ARBEITGEBER/IN

beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro

Name Arbeitgeber/in

Anschrift Arbeitgeber/in

- Ich bin mit dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin verwandt: Nein Ja, Verwandtschaftsgrad
- Ich bin Geschäftsführer/in der Firma: Nein Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)
- Ich bin Gesellschafter/in der Firma: Nein Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

WEITERE ANGABEN

Ich beziehe eine ausländische Rente, einen (kapitalisierten) Versorgungsbezug: Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern: Nein Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort informieren.

*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie meines Bruttogehaltes sind freiwillig.

- Ich bin damit einverstanden, dass die BKK-VBU meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die BKK-VBU darf mich zu individuellen Leistungsansprüchen und allgemein über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können meine Kontaktdaten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen.

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin per E-Mail neukundenservice@bkk-vbu.de oder per Fax +49 30 72612-2038

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK VBU
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

