



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BKK VBU** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkasseninfo.de](mailto:info@krankenkasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK VBU** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK VBU** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK VBU** wählen.

In diesem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK VBU** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Selbstständigkeit zusenden.

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/](http://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/).

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin per E-Mail [neukundenservice@bkk-vbu.de](mailto: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.**

