



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK Verbund Plus** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BKK Verbund Plus** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BKK Verbund Plus** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK Verbund Plus** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

BKK VerbundPlus
Bismarckring 64
88400 Biberach

Fax: **07351 1824-31**
E-Mail: **beitritt@bkkvp.de**
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2 234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ich möchte zum Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort	Rentenversicherungsnummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Steueridentifikationsnummer
Geburtsname	Staatsangehörigkeit	Sozialversicherungsausweis <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Aktueller Versicherungsstatus

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab
Der Arbeitgeber ist mit mir verwandt/verschwägert bzw. mein/e Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitgeber	
Straße/Hausnummer	Telefonnummer
PLZ/Ort	Faxnummer
Ich bin hauptberuflich selbstständig <input type="checkbox"/> als Mitunternehmer/in einer Gesellschaft (Name und Rechtsform, z. B. GmbH, OHG) <input type="checkbox"/> als Einzelunternehmer/in mit Gewerbeanmeldung <input type="checkbox"/> als Freiberufler	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit/dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)	

Bisherige Krankenversicherung

In den letzten 18 Monaten war ich bei folgender Krankenkasse versichert:
Name und Sitz

Versicherungsbeginn	Versicherungsende
<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert/freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin familienversichert
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht gesetzlich versichert	
<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner/Meine Ehepartnerin und/oder Kinder sollen bei der BKK VerbundPlus familienversichert werden (Bitte Antrag „Familienversicherung“ ausfüllen).	
Meine bisherige Krankenversicherungsnummer: (10-stellige Krankenversicherungsnummer siehe z. B. elektronische Gesundheitskarte)	<input type="text"/>
Wichtig: Kündigungsbestätigung bitte zusammen mit dieser Beitrittserklärung einreichen.	
Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)	
E-Mail	Telefonnummer privat
Telefonnummer geschäftlich	
Mit der Speicherung meiner Daten durch die BKK VerbundPlus zu diesem Zweck bin ich einverstanden. Diesen Service kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.	

Ort/Datum	Unterschrift X
-----------	--------------------------

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der BKK VerbundPlus auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Wird von der BKK VerbundPlus ausgefüllt

Anmerkung

erfasst
Unterschrift/Datum

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK VerbundPlus
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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

