



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 (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 Verbund Plus** 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@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **BKK Verbund Plus** 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

**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"/>
<b>Wichtig: Kündigungsbestätigung bitte zusammen mit dieser Beitrittserklärung einreichen.</b>	
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 <b>X</b>
-----------	--------------------------

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.**

