



Anschrift und Sitz  
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://www.kranken Kassennetz.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 ZF & Partner** 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 ZF & Partner** 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 ZF & Partner** vorliegt.

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

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK ZF & Partner** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschafts- erklärung



**BKK ZF & Partner**

Partner für Ihre Gesundheit



Persönliche Angaben

Ja, ich möchte zum \_\_\_\_\_ Mitglied der BKK ZF & Partner werden.

weiblich  männlich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Bankverbindung: IBAN

BIC

Geldinstitut

Rentenversicherungsnummer

Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer  
(Geburtsort/-name angeben)

Ich habe Kinder  ja  nein

Familien-  
versicherung

Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (siehe Seiten 3 und 4)

Versicherungsgrundlagen

## Ich möchte mich versichern als:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)   | <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)           |
| <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit*  | <input type="checkbox"/> Praktikant(in)             |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer(in) mit Zuschuss von der<br>Agentur für Arbeit*<br><small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small> | <input type="checkbox"/> Student(in)                |
| <input type="checkbox"/> Rentner(in)  | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r)  |
| Rentenbezug seit _____<br><small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug)<br/>beifügen.</small>   | <input type="checkbox"/> Selbstständige(r)          |
|   | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt |

Gezahlte Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge übermitteln  
wir für freiwillig versicherte Mitglieder an die Finanzverwaltung  
(bitte Steuer-ID eintragen).

Zustimmung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung

ja  nein, ich widerspreche

Steueridentifikationsnummer: | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | (11-stellige Nummer)

Ich zahle meine Beiträge selbst. Abbuchung erwünscht.

## Nur für Arbeitnehmer:

Firma

beschäftigt ab

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

## Bisherige Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert             | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert |
| <input type="checkbox"/> familienversichert            | <input type="checkbox"/> privat versichert     |
| <input type="checkbox"/> im Ausland versichert         |  |
| <input type="checkbox"/> Kündigung ist bereits erfolgt |  |

Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse

liegt bei  wird nachgereicht

**Nur mit dieser Kündigungsbestätigung kann  
Ihre Mitgliedschaft bei der BKK ZF & Partner beginnen!**

Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen.  Ich interessiere mich für Wahltarife.

Datum, Unterschrift

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und nur zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben bei unserer Krankenkasse verwendet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK ZF & Partner  
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.**

