



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.krankenkaserneninfo.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. Die **BKK ZF & Partner** ist bundesweit außer in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern geöffnet. Um nun Mitglied in der **BKK ZF & Partner** 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@krankenkaserneninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



Von der **BKK ZF & Partner** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK ZF & Partner** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK ZF & Partner** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



Mitgliedschaftserklärung

Persönliche Angaben	Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der BKK ZF & Partner werden. <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers			
	Vorname	Nachname		
	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname	
	Staatsangehörigkeit	E-Mail	Telefon	
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	
	Bankverbindung: IBAN	BIC	Geldinstitut	
	Rentenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer (Geburtsort/-name angeben)		
Familienversicherung	Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei _____			
	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (bitte Familienfragebogen zusenden)			
Versicherungsgrundlagen	Ich möchte mich versichern als:		Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:	
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) Freiwillige Versicherung	Name der Krankenkasse	
	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit* <small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small>	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)		
	<input type="checkbox"/> Rentner(in)	<input type="checkbox"/> Praktikant(in)	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
	Rentenbezug seit _____ <small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.</small>	<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich in Elternzeit bis _____	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> im Ausland versichert	
		<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite)	
		<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt		
	Anschrift Arbeitgeber:			
	Firma		beschäftigt ab	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort		
Telefon	E-Mail			
<input type="checkbox"/> Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen. <input type="checkbox"/> Ich interessiere mich für den Wahltarif Prämienzahlung.				

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

