



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 dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK ZF & Partner** ist für dich unkompliziert möglich. Die **BKK ZF & Partner** ist bundesweit außer in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern geöffnet. 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).

Die **BKK ZF & Partner** 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

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
Agentur für Arbeit*
<small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small> | <input type="checkbox"/> Student(in) |
| <input type="checkbox"/> Rentner(in) | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r) |
| Rentenbezug seit _____
<small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug)
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.

