



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 das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **BKK ZF & Partner** unkompliziert möglich (geöffnet in allen Bundesländern außer in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein).

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz 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.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



Mitgliedschaftserklärung

Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der BKK ZF & Partner werden. weiblich männlich divers

Persönliche Angaben

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 ja nein

Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei _____

Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (bitte Familienfragebogen zusenden)

Versicherungsgrundlagen

<p>Ich möchte mich versichern als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit* <small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small> <input type="checkbox"/> Rentner(in) Rentenbezug seit _____ <small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.</small> <input type="checkbox"/> Ich befinde mich in Elternzeit bis _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Praktikant(in) <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r) <input type="checkbox"/> Selbstständige(r) <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt 	<p>Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Name der Krankenkasse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> Es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite) <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
---	---	--

Anschrift Arbeitgeber:

Firma	beschäftigt ab	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	E-Mail	

Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen. 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.

