



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. Um nun Mitglied in der **BKK24** 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 **BKK24** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK24** 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 **BKK24** 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 **BKK24** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte Mitglied der BKK24 werden <input type="checkbox"/> zum nächstmöglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> zum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
Anlass Krankenkassenwechsel <input type="checkbox"/> sofortiger Wechsel <input type="checkbox"/> Wahl der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Erhöhung Zusatzbeitrag bish. Krankenkasse																	
Persönliche Angaben <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers																	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden																	
Name																	
Vorname																	
Straße/Nummer																	
PLZ	Ort																
Nationalität	Telefon*																
E-Mail*																	
Steuer-Identifikationsnummer																	
Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer																	
12-stellige Nummer																	
Geburtsdatum	Geburtsname																
Geburtsort	Geburtsland																
Mein Status/meine Tätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> arbeitslos (ALG I/Bürgergeld) <input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elternzeit <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter/-in <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> andere/r Tätigkeit/Status																	
Beziehen Sie eine Rente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.) Erhalten Sie Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Bescheid der Versorgungsstelle bei.)																	
Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter																	
Name																	
Straße/Nr.																	
PLZ	Ort																
Telefon	Betriebsnummer																
	Beginn Beschäftigung/Leistungsbezug																
Angaben zur bisherigen Krankenversicherung																	
Zuletzt versichert vom <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> bei der		T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J										
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze																	
<input type="checkbox"/> familienversichert über Name, Vorname																	
Geburtsdatum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> Versichertennummer		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> Grund		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn Land																	
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.																	
Datum	Unterschrift																
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J									
T	T	M	M	J	J	J	J										

Hinweis zum Datenschutz
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk24.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an datenschutz@bkk24.de.
 * freiwillige Angabe

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK24
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.

