



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

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@krankenkasseninfo.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 Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK24** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK24** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn 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; text-align: center;"> <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/II) <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	bis								
<input type="checkbox"/> selbst versichert	<input type="checkbox"/> mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze								
<input type="checkbox"/> familienversichert über	Name, Vorname								
	Geburtsdatum								
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit	Versichertennummer								
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn	Grund								
	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								

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.

