



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://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 24** unkompliziert möglich.

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 ([juergen.kunze@krankenkassennetz.de](mailto:juergen.kunze@krankenkassennetz.de)).

Die **BKK 24** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer



# Mitgliedsantrag bei Versicherungspflicht

Beginn der Mitgliedschaft*	KV-Nr. Elektronische Gesundheitskarte	Rentenversicherungs-Nr.
----------------------------	---------------------------------------	-------------------------

\* oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Titel		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort*	Geburtsname*
Straße und Hausnummer			
PLZ		Wohnort	
Telefon tagsüber		eMail	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
			Staatsangehörigkeit

\*wenn noch keine Rentenvers.-Nr. vergeben wurde

Mein Ehegatte ist  nicht gesetzlich versichert (z.B. privat)  
 gesetzlich krankenversichert bei \_\_\_\_\_

## Ich war zuletzt krankenversichert

- von-bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ als  Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied  privat versichert  
**Wichtig:** Bitte Original der Kündigungsbestätigung oder Kopie der Versicherungspolice beifügen!
- familienversichert von-bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
 Name des Mitglieds \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
**Wichtig:** Bitte Versicherungsbescheinigung beifügen!
- unmittelbar vor Versicherungsbeginn bin ich aus dem Ausland zurückgekehrt  
**Wichtig:** Bitte Meldebestätigung beifügen!

## Angaben zum Arbeitgeber

Name		
Straße und Hausnummer		
PLZ	Ort	
Telefonnummer des Arbeitgebers	Betriebsnummer*	beschäftigt seit

\*sofern möglich erfragen Sie die Betriebsnummer bitte bei dem Personalverantwortlichen

- Ich bin** seit \_\_\_\_\_
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer  | <input type="checkbox"/> Auszubildender      | <input type="checkbox"/> Student  |
| <input type="checkbox"/> Empfänger von | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I* | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II*                           |
| <input type="checkbox"/> Praktikant    | <input type="checkbox"/> Künstler/Publizist  | <input type="checkbox"/> Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme* |
| <input type="checkbox"/> Rentner*      | <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller |   |
- zuständiger Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_  
 Art der Rente: \_\_\_\_\_  
 Ich erhalte Versorgungsbezüge/Betriebsrente\* \*Bitte Unterlagen in Kopie beifügen

## Familienversicherung

- Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern.  
 Bitte schicken Sie mir einen Familienfragebogen zu.

### Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 173 bis 175, 226, 234 bis 237 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 28 o Abs. 2 SGB IV, § 206 verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nummer und der eMail-Adresse ist freiwillig.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift

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

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

