



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 **Novitas BKK** 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).

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

KOMMEN SIE ZU UNS – DAS GEHT GANZ EINFACH!

Schritt 1

Beitrittserklärung vollständig ausfüllen.

Schritt 2

Mitgliedschaft bei alter Krankenkasse kündigen.

Dafür reicht ein formloses Schreiben. Beispiel: „Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum...“. Oder Sie verwenden unsere Kündigungskarte (Muster).

Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende. Beispiel: Wenn die Kündigung im Januar erfolgt, endet die Mitgliedschaft am 31. März.

Die bisherige Krankenkasse muss Ihnen innerhalb von 14 Tagen die Kündigung schriftlich bestätigen.

Schritt 3

Bitte die Kündigungsbestätigung, Ihr **Foto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)** und die Beitrittserklärung an die Novitas BKK senden.

Schritt 4

Die Novitas BKK stellt eine Mitgliedsbescheinigung aus und sendet diese automatisch zum Beispiel an den Arbeitgeber.

Schritt 5

Pünktlich nach Ende Ihrer alten Krankenkassenmitgliedschaft sind Sie dann Mitglied der Novitas BKK. Ihre neue elektronische Gesundheitskarte erhalten Sie selbstverständlich rechtzeitig von uns.

Herzlich willkommen!

POSTANSCHRIFT

Novitas BKK
47050 Duisburg

24-Stunden-Service: 0800 664 8233*

Fax: 0800 222 3400-14*
E-Mail: info@novitas-bkk.de
Internet: www.novitas-bkk.de

*gebührenfrei in ganz Deutschland

JA, ICH MÖCHTE ZUM **MITGLIED DER NOVITAS BKK WERDEN.**

ICH BIN

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pflichtversicherter Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Schüler |
| <input type="checkbox"/> freiwilligversicherter Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> Künstler | <input type="checkbox"/> Arbeitsloser |
| <input type="checkbox"/> Auszubildender | |

ANGABEN ZUR PERSON

<input type="text"/>	
Name, Vorname	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse:
Telefonnummer	
<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	
Bundeseinheitliche Versichertennummer (diese finden Sie auf Ihrer eGK)	
<input type="text"/>	
Familienstand	

Durch das Ankreuzen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Novitas BKK mich telefonisch oder per E-Mail über meine Telefon- oder Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse zu meinen Ansprüchen zu gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, satzungsgemäße Mehrleistungen, eigene Serviceleistungen sowie zu gesetzlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, oder in Angelegenheiten betreff meines Versicherungsschutzes kontaktiert.*

ICH BIN BESCHÄFTIGT BEI

<input type="text"/>	
Name des Arbeitgebers oder des Ausbildungsbetriebs	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ/Ort	

ZULETZT WAR ICH

- selbst versichert familienversichert privat versichert

<input type="text"/>
Name der letzten Krankenkasse/Krankenversicherung – BITTE KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG BEILEGEN

- Ja, ich habe Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.

UNTERSCHRIFT

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum und Unterschrift	Vermittler – ID	
<input type="text"/>		

MA (von der Novitas BKK auszufüllen)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz (§ 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft bei der Novitas BKK genießen Sie automatisch auch den Schutz der Pflegeversicherung. Sollte es nicht zu einer Mitgliedschaft kommen, werden die von uns erhobenen Daten unverzüglich gelöscht.

*Diese Einverständniserklärung kann jederzeit per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon gegenüber der Novitas BKK widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Die Nichtbeantwortung hat für Sie keine nachteiligen Folgen. Stand: BE 06 | 2016

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Novitas BKK
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.

