



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **SKD BKK** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen oder Schleswig-Holstein wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@kranken Kassennetz.de).

Die **SKD BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der SKD BKK ab dem _____

Titel		Name		Vorname		Geschlecht: männlich weiblich	
Geburtsname			Geburtsort		Geburtsdatum		
Straße mit Hausnummer					Familienstand		
PLZ / Ort					Rentenversicherungsnummer*		
Telefon tagsüber			E-Mail		Staatsangehörigkeit		

*Soll, sofern Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, eine beantragt werden? ja nein

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 18 Monaten versichert?
(Bitte ggf. Kündigungsbestätigung beifügen!)

Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung:		pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert	
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung:		pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert	

Ich bin beschäftigt seit _____

Angaben zum Arbeitgeber

Name		Betriebsnummer (bitte beim Arbeitgeber erfragen)	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Telefonnummer des Arbeitgebers/Betrieb		Faxnummer des Arbeitgebers/Betrieb	

Bitte entsprechendes ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Ich bin Gesellschafter oder Geschäftsführer einer Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus
<input type="checkbox"/>	Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet	<input type="checkbox"/>	Ich übe eine weitere Beschäftigung aus; ▶ diese ist geringfügig ja nein
<input type="checkbox"/>	Ich befinde mich in der Elternzeit bzw. erhalte Elterngeld*; ▶ voraussichtlich bis _____	<input type="checkbox"/>	Ich übe nebenher ein Studium aus
<input type="checkbox"/>	Ich habe einen Rentenantrag gestellt	<input type="checkbox"/>	Ich befinde mich im Praktikum
<input type="checkbox"/>	Ich beziehe eine Rente bzw. Versorgungsbezüge (Betriebsrente o.ä.)* ▶ Auch Renten und Bezüge aus dem Ausland sind anzugeben!	<input type="checkbox"/>	Ich bin beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/>	Ich bin von der Rentenversicherung befreit worden*	<input type="checkbox"/>	Ich bin von der Pflegeversicherung befreit worden*

* bitte entsprechende Nachweise beifügen;

Möchten Sie Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder Ihre Kinder bei uns kostenfrei mitversichern?	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Nein	Familie/Bekannte Medien-Anzeige SKD BKK Mitarbeiter
Ja, bitte senden Sie mir einen entsprechenden Antrag zu.	Veranstaltungen Internet
Ja, der Antrag auf Familienversicherung liegt bei.	Sonstiges: _____

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, meiner Krankenkasse alle Veränderungen der von mir angegebenen Daten sofort mitzuteilen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 284 SGB V). Sie unterliegen dem Datenschutz.
Bitte senden Sie den Originalantrag an: SKD BKK, Schultesstraße 19a, 97421 Schweinfurt

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice SKD 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.

