



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **TBK** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Thüringen oder Sachsen 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@krankenkassennetz.de).

Die **TBK** 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

Beitrittserklärung für Auszubildende

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und erkläre, dass ich ab

dem _____ Mitglied der TBK werden will.

Beginn Tag, Monat und Jahr der Ausbildung

Name, Vorname*

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsdatum*

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Straße und Hausnummer*

PLZ, Wohnort*

Steueridentifikationsnummer* (falls bekannt)

Rentenversicherungsnummer* (falls bekannt)

*Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a ESTG.
Die SteuerID-Nr. kann von der TBK bei den Finanzbehörden angefordert werden.*

bisherige Krankenkasse*

selbst versichert

Familienversichert

ja

nein

Benötigen Sie einen Sozialversicherungsausweis?

Name und Anschrift Ihres zukünftigen Arbeitgebers*

Ihre Unterschrift**

* Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Krankenversicherung erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften im SGB erhoben und auf Datenträger gespeichert.

** Mit der Unterschrift stimmt der Antragsteller/die Antragstellerin der Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß DSGVO zu. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.tbk-gesundheit.de

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice TBK
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.

