krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)



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 **vivida 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 Freiumschlag zu uns.

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

Die vivida bkk sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunge Geschäftsführer



## Ja, ich möchte Mitglied der vivida bkk werden

Beraternummer	99065

liegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie

unter: www.vividabkk.de/datenschutz.

Mitgliedschaft ab: T T M M J J J J J	Art der Mitgliedschaft:
	Ich bin pflichtversicherter Arbeitnehmer
Maine mana Pattahan Amarahan	Ich bin freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Meine persönlichen Angaben:	lch bin selbstständig**
Herr Frau verheiratet ledig	Ich bin Student**
Vorname	Ich bin Rentner**
Name	Lch bin Arbeitslosengeldbezieher
	Sonstige freiwillige Versicherung**
Geburtsdatum T T M M J J J J J	Ich möchte meine <b>Angehörigen</b> mitversichern**
Straße, Hausnummer	**Wir werden uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.
PLZ, Ort	Ich möchte ein Bonusblatt erhalten
Bevorzug-	
ten Kontakt- Mobil* weg bitte	Ich möchte Informationen zum Wahltarif erhalten
ankreuzen E-Mail*	Ein <b>Lichtbild</b> für die elektronische Gesundheitskarte:
RentenversNummer	liegt bei wird von mir hochgeladen
Geburtsland, -ort	Hinweis: Auf www.vividabkk.de/lichtbild haben Sie die Möglichkeit, ein digitales Bild hochzuladen.
Geburtsname	Meine Bankverbindung:
Staatsangehörigkeit	IBAN
Steuer-ID	BIC
*Freiwillige Angaben	
Mein <b>Arbeitgeber</b> / Meine Agentur für Arbeit / Meine Selbständigkeit ab:	Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken
T T M M J J J J	Ich bin mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden
Betriebsnummer	(kreuzen Sie diese bitte entsprechend an):  Durch die freiwillige Angabe meiner Telefonnummer, erkläre
falls bekannt	ich mich einverstanden, künftig von der vivida bkk ange-
Name	rufen zu werden.
Straße, Hausnummer	Durch die freiwillige Angabe meiner E-Mail-Adresse, erkläre ich mich einverstanden, künftig Informationen der vivida bkk zu erhalten.
PLZ, Ort	Ich bin damit einverstanden, Newsletter per E-Mail
Telefon Personalabteilung	über Angebote, Leistungen, Beiträge und Aktionen zu den Themen Gesundheit, Prävention sowie Neuigkei- ten und Änderungen der vivida bkk zu erhalten. (Die
Zusätzlich beziehe ich:	Bestätigungsmail erhalten Sie in den nächsten Tagen.
	The state of the s
Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld	Bitte bestätigen Sie diese.)  Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus iederzeit ohne Angabe
Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld  Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen
	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zu-
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe Sonstiges	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe Sonstiges  Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung:	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.  Bestätigung meiner Angaben:
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe Sonstiges  Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung: Ich bin seit TTMMMJJJJ bei folgender Krankenkasse:	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.  Bestätigung meiner Angaben:  Datum  T T M M J J J J J  Unterschrift
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe Sonstiges  Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung: Ich bin seit T T M M J J J J bei folgender Krankenkasse: Name	Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.  Bestätigung meiner Angaben:  Datum  Unterschrift ggf. des Erziehungs-

49240230v\_12/22

Wahltarif ohne Selbstbehalt, seit



## krankenkassennetz.de GmbH

Antragsservice vivida bkk Waisenhausring 6 06108 Halle (Saale)

