



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BKK firmus** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK firmus** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK firmus** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK firmus** wählen.

In all dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK firmus** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedsantrag für Selbstständige

Ja, ich möchte ab dem **Mitglied der BKK firmus werden!**

Persönliche Angaben: Frau Herr Divers Unbestimmt

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

E-Mail _____

Rentenversicherungsnummer _____

Geburtsort, -land _____ Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand
 ledig verheiratet getrennt lebend geschieden
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis:

Meine bisherige Krankenkasse _____

Ort _____

von _____ bis _____

Versichertennummer (Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte.) _____

Art der bisherigen Versicherung
 pflichtig freiwillig privat familienversichert

Angaben zur Familie:

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern: Ja Nein
 Ehegatte Lebenspartner Kind/er

Den Antrag auf Familienversicherung
 lege ich bei reiche ich nach bitte zusenden

Nachname, Vorname des Ehegatten/Partners _____

Krankenkasse des Ehegatten/Partners _____

Angaben für die Versicherung bei der BKK firmus:

Gesetzliches Krankengeld (Art der gewünschten Versicherung)

- ohne Krankengeldanspruch
 mit Krankengeldanspruch ab der 7. Woche

Ich bin zurzeit arbeitsunfähig seit dem _____
 Bis zum Ende Ihrer Arbeitsunfähigkeit kann die BKK firmus Sie nur ohne Anspruch auf Krankengeld versichern.

Beitragspflichtige Einnahmen:

Ich bin tätig als _____
 hauptberuflich
 nebenberuflich

Ich bin selbstständig seit dem _____

Beitragspflichtig ist der Gewinn im Sinne des Einkommensteuerrechts. Nicht beitragspflichtig sind Betriebsausgaben wie z.B. Personalkosten, Miete für Betriebsräume sowie Abschreibungen für Abnutzung (AfA).

Bitte vollständige Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen.

Ich bin Existenzgründer und habe noch keinen Einkommensteuerbescheid erhalten.
 In diesem Fall nehmen Sie bitte eine Einkommenschätzung vor.

Meine durchschnittlichen Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit betragen in den kommenden 12 Monaten voraussichtl. monatlich € _____

Von der Agentur für Arbeit erhalte ich

- Gründungszuschuss Einstiegsgeld
 Bitte senden Sie uns eine Kopie des Bewilligungsbescheides zu.

Beitragspflichtig sind auch weitere Einnahmen wie z.B. aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung und aus nichtselbstständiger Tätigkeit, sowie Renten und Versorgungsbezüge.

Ich habe weitere Einnahmen.
 Voraussichtlich betragen sie für die kommenden 12 Monate im Durchschnitt monatlich € _____

Art der Einnahmen: _____

Angaben für die BKK firmus Pflegeversicherung:

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.
 Wir brauchen die Angabe, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Datenschutz und Einwilligung:

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

x

Datum _____

Unterschrift _____

KVNR / Mandatsreferenz	BNR
------------------------	-----

Name Versicherter / Firma

Straße, PLZ Ort

Bitte senden an:

BKK firmus 29192 Bremen
--

Telefax: 0421 6434-451
 E-Mail: info@bkk-firmus.de

Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Gültig für Beiträge ab

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen	Gläubiger-Identifikationsnummer DE46ZZZ00000026592
--	--

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK firmus auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die BKK firmus mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)	
IBAN (22 Stellen) DE	
BIC (11 Stellen)	
Name des Kreditinstituts	
Ort, Datum	ggf. Firmenstempel
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	

Information über die steuerliche Absetzbarkeit Ihrer gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Seit Einführung des sogenannten Bürgerentlastungsgesetzes zum 01.01.2010 können die gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der Steuererklärung als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Nähere Informationen hierzu erteilt Ihnen gerne Ihr zuständiges Finanzamt.

Damit Sie auch im vollen Umfang von dieser Regelung profitieren können, haben wir als Ihre Krankenkasse jeweils zum 28.02. eines Jahres die für das Vorjahr gezahlten Beiträge an das Bundeszentralamt für Steuern zu melden. Diese Meldung dürfen wir allerdings nur dann absetzen, wenn Sie uns vorher Ihre schriftliche Einwilligung erteilen (§10 Abs. 2a EStG).

Wir bitten Sie daher, folgende Erklärung auszufüllen und auch Ihre persönliche Steuer-Identifikationsnummer einzutragen. Diese Nummer wurde jedem Steuerpflichtigen in einem Schreiben vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Einwilligungserklärung zum Bürgerentlastungsgesetz

Hiermit willige ich ein, dass die BKK firmus meine für jedes Kalenderjahr gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge jährlich über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen an das Bundeszentralamt für Steuern meldet.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Hierdurch könnten mir jedoch steuerliche Nachteile entstehen.

Der Widerruf ist an die BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen zu richten und kann nur vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung nicht mehr gelten soll.

Meine persönliche Steuer-Identifikationsnummer lautet: _____

x

Datum

Unterschrift

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

