



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## BKK Linde Mitgliedsantrag + Freiumsschlag Knappschaft

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



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



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



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

**Übrigens:** Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Knappschaft** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Knappschaft** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

Ja, ich möchte ab (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

**Persönliche Angaben**

Anrede \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  unbestimmt  divers Familienstand\*:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Krankenversicherternummer \_\_\_\_\_ Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

Bei Rückfragen erreichen Sie mich  telefonisch\* \_\_\_\_\_

per E-Mail\* \_\_\_\_\_ \* freiwillige Angabe

**Angaben zum Personenkreis (Mehrfachnennung möglich)**

Ich bin seit (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_  beschäftigt (kein Minijob)  in Ausbildung  in Elternzeit

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

ich beziehe Arbeitslosengeld I  ich beziehe Arbeitslosengeld II  ich bin Rentnerin/Rentner (Bitte Anlage für Rentner ausfüllen)

ich bin selbstständig tätig  ich bin Studentin/Student (Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen)

**Angaben zum bisherigen Versicherungsverhältnis**

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

von (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_ bis (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_  pflichtversichert  familienversichert  freiwillig versichert

Zuzug aus dem Ausland  privat versichert bei \_\_\_\_\_

**Angaben zum Grund des Krankenkassenwechsels**

Ich werde zum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_  den Arbeitgeber wechseln  pflichtversichert (z. B. als Arbeitnehmer, Rentner)

Ich möchte die Mitgliedschaft bei meiner Krankenkasse kündigen (Bindungsfrist von mindestens 12 Monaten ist erfüllt)  Meine bisherige Krankenkasse erhöht den Zusatzbeitragsatz (Sonderkündigungsrecht)

**Weitere Angaben**

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen. (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben)

**Meine Unterschrift**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die beiliegenden Informationen zum Datenschutz. Diese finden Sie auch online unter [www.knappschaft.de/datenschutz](http://www.knappschaft.de/datenschutz)

Nur für interne Zwecke

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_ MA - 4i-Kennung \_\_\_\_\_ BBNR AG \_\_\_\_\_ Adressquelle \_\_\_\_\_

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice Knappschaft  
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.**

