



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

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **Bahn BKK** 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](mailto:info@krankenkasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

## Erklärung über freiwillige Versicherung bei der BAHN-BKK

Name, Vorname, ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/ Wohnort \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer \_\_\_\_\_

Bankverbindung bei Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Falls Sie nicht selbst Kontoinhaber sind: Name, Vorname, Anschrift des Kontoinhabers

### 1. Krankenversicherung

Ich möchte der BAHN-BKK freiwillig beitreten, wegen

- Ende der Pflichtversicherung am \_\_\_\_\_
- Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit.
- Ich versichere mich ohne Anspruch auf Krankengeld zum ermäßigten Beitragssatz.
- Ich versichere mich mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit zum allgemeinen Beitragssatz. An diese Wahl bin ich drei Jahre gebunden.
- Derzeit besteht eine Arbeitsunfähigkeit? Ja  Nein
- Meine monatlichen Einnahmen liegen über 4.687,50 €. Um meinen Krankengeldanspruch zusätzlich abzusichern, interessiere ich mich für den Wahltarif Krankengeld Premium. Bitte senden Sie mir die Teilnahmeerklärung, ein individuelles Angebot und die Versicherungsbedingungen zu.

- Ende der Familienversicherung am \_\_\_\_\_
- Grund  Überschreiten der Altersgrenze
- Scheidung, Rechtskräftigkeit des Urteils am \_\_\_\_\_

Angaben zum Stammversicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

- Anderer Grund \_\_\_\_\_

### 2. Pflegeversicherung

- Pflegeversicherung bei der BAHN-BKK
- Freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Die beitragsrechtlichen Regelungen entsprechen weitestgehend denen der Krankenversicherung. Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind - zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen - an uns zu zahlen.

- Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen (Bitte Nachweis erbringen).

Ich habe Kinder  Nein  Ja (bitte Nachweis beifügen)

### 3. Familienversicherung

- Ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern. Bitte senden Sie mir einen Fragebogen zu.
- Meine Familie ist über mich bei der BAHN-BKK versichert. Bitte führen Sie die Familienversicherung unverändert fort.

Name, Vorname:

KV-Nr.

#### 4. Meine monatlichen Bruttoeinnahmen

Art des Einkommens (Brutto)	Bitte Nachweis(e) beifügen!	monatlich in €	jährlich in €
Lohn/ Gehalt/ Dienstbezüge/ Sachbezüge	aus unselbstständiger Beschäftigung		
Einmalzahlungen	wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld, sonstige einmalige Zahlungen		
Sonstiger geldwerter Vorteil			
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit	oder Leistungen für Existenzgründer von der Agentur für Arbeit		
Rente	aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. von der KBS, Deutsche Rentenversicherung Bund): _____		
Einkünfte aus Provisionen			
Rentenähnliche Einnahmen	(z.B. Versorgungsbezüge, Betriebs- und Zusatzrenten) Einmalzahlungen (z. B: Weihnachtsgeld)		
Unfall- oder Kriegsbeschädigtenrente, ausländische Renten, private Renten	(ohne gesetzliche Leistungen zur Deckung eines durch Körperschaden verursachten Mehrbedarfs)		
Ruhegehalt, Pension	oder ähnliches, ggf. mit Sonderzahlungen, nach beamtenrechtlichen Vorschriften		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung			
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen)	ohne Abzug des Sparerfreibetrages/ Sparer-Pauschbetrages		
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt	(z.B. <input type="checkbox"/> geringfügiger Beschäftigung, <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld, <input type="checkbox"/> Sozialhilfe, <input type="checkbox"/> Grundsicherungsrente, <input type="checkbox"/> Abfindungen, <input type="checkbox"/> Sonstiges )		
Überbrückungsgeld des Arbeitgebers	Wird oder wurde die Erstattung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrages bei Ihrem Arbeitgeber beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ich beziehe keine der zuvor genannten Einnahmen. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch (bitte Nachweis beifügen)			
<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner/ Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei _____			
<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner/ Lebenspartner ist privat oder über die freie Heilfürsorge krankenversichert			
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder _____			
Einkünfte des nicht gesetzlich versicherten Ehepartners/ Lebenspartners			

Wir weisen darauf hin, dass Sie nach § 206 SGB V verpflichtet sind, uns jede Änderung Ihrer Einkünfte, die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder die Beantragung einer gesetzlichen Rente unaufgefordert mitzuteilen. Die Datenerfassung erfolgt unter Beachtung der entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die BAHN-BKK, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BAHN-BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name)	(BIC)	(IBAN)
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ0000022406		
Mandatsreferenz: (wird später mitgeteilt)		
_____		
Datum, Ort und Unterschrift		

Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis. Der Gesamtbetrag wird durch meinen Arbeitgeber überwiesen

(Anschrift des Arbeitgebers)

Mir ist bekannt, dass ich die Beiträge selbst zu zahlen habe, es sei denn, mein Arbeitgeber überweist den Beitrag direkt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die BAHN-BKK mich per E-Mail über Neuerungen am Krankenkassenmarkt informiert. Die BAHN-BKK verpflichtet sich, meine E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter zu geben. Mein Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Datenschutzhinweis:

Die Angaben sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft erforderlich (§§ 5, 206, 284, 288 SGB V, §§ 20, 21, 50, 94, 99 SGB XI). Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite [www.bahnkk.de/datenschutz](http://www.bahnkk.de/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragservice Bahn 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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

