



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 Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK_DürkoppAdler** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BKK_DürkoppAdler** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BKK_DürkoppAdler** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK_DürkoppAdler** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftserklärung

Hiermit beantrage ich zum: _____

den freiwilligen Beitritt zur Kranken- und Pflegeversicherung aus folgendem Grund:

- Wechsel der Krankenkasse
- Beendigung einer bisherigen Familienversicherung
- Beendigung einer bisherigen Pflichtmitgliedschaft

Ich bin hauptberuflich selbständig tätig und beantrage die Versicherung

- ohne Krankengeldanspruch mit Krankengeldanspruch ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr., PLZ, Ort: _____

Telefon/Mail (freiwillige Angabe) _____

meine Steuer ID-Nr.: _____

Hinweis: Die von Ihnen gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden dem Finanzamt gemeldet, sofern uns nicht innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt dieses Schreibens ein Widerspruch dagegen eingeht. Sofern uns Ihre Steuer ID-Nr. noch nicht vorliegt, werden wir diese beim Bundeszentralamt erfragen. Hiergegen können Sie ebenfalls innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt dieses Schreibens Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist zu richten an die BKK_DürkoppAdler, Potsdamer Str. 190, 33719 Bielefeld.

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden

Nationalität: _____

- Ich habe Kinder (bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen) – das Alter der Kinder spielt keine Rolle, daher bitte auch ankreuzen, wenn die Kinder bereits erwachsen sind.
- Ich habe keine Kinder

Rentenversicherungsnummer (bitte bei Wechsel der Krankenkasse angeben) _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Einzugsermächtigung:

- Die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung sollen von folgendem Konto eingezogen werden:

Konto _____ BLZ _____ Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber (nur erforderlich, wenn vom Antragsteller abweichend) _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

- Die Beiträge werden monatlich überwiesen

Bitte machen Sie in den nachfolgenden Abschnitten Angaben in dem Feld, zu dessen Personenkreis Sie gehören:

- Ich bin **Beamter/Beamtin** (Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Dienstherrn angeben)

Name: _____

Straße, Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich habe Anspruch auf Beihilfe (Wenn ja, bitte Bescheinigung beifügen)

ja nein

Ich bin Rentner/Rentnerin

Ich habe eine Rente und/oder Versorgungsbezüge beantragt. ja nein

Wenn ja bitte Antragsdatum angeben: _____ Stelle: _____

Ich beziehe eine Rente und/oder Versorgungsbezüge. ja nein
Wenn ja, bitte Kopie des letzten Rentenbescheides und/oder des letzten Versorgungsbescheides beifügen.

Ich bin selbständig tätig seit: _____ Eine Kopie der Gewerbeanmeldung liegt bei.
 Es handelt sich um eine freiberufliche Tätigkeit, für die keine Gewerbeanmeldung vorliegt.

- Art der Tätigkeit: _____
- Die wöchentliche Arbeitszeit in der selbständigen Tätigkeit beträgt durchschnittlich ca. (ggf. inklusive Vor- und Nacharbeit):
_____ Stunden/wöchentlich
- Gründungszuschuss/Einstiegsgeld
 nein, ich beziehe keine der genannten Leistungen
 ja, ich beziehe ab dem _____ folgende
Leistung: _____
(bitte Kopie des Bescheides beifügen)
- Haben Sie Arbeitnehmer beschäftigt? nein ja, Anzahl: _____, davon geringfügig: _____

Ich bin Schüler/in

Ich bin Student/in

Wenn ja, bitte Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen

Wenn ja, bitte Anzahl der Fachsemester/der Schuljahre angeben: _____

Ich bin neben dem Studium/der Schule beschäftigt selbständig tätig nicht beschäftigt/selbständig

Bei Beschäftigung oder selbständiger Tätigkeit bitte zusätzlich beantworten:

Anzahl der Wochenarbeitsstunden unter 20 Stunden über 20 Stunden

Ich bin erwerbslos

Ich beziehe Sozialhilfe ja nein
(wenn ja, bitte Kopie des letzten Bewilligungsbescheides beifügen)

Ich habe Leistungen von der Agentur für Arbeit beantragt ja, am _____ nein

Ich übe eine Erwerbstätigkeit im Ausland aus und beantrage eine Anwartschaftsversicherung

Wenn ja, bitte entsprechende Nachweise über die Erwerbstätigkeit im Ausland beifügen

Sonstiges:

Ich bin als Arbeitnehmer/in krankenversicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Ich bin seit dem _____ bei folgendem Arbeitgeber beschäftigt:

Name: _____

Straße, Nr.: _____, PLZ: _____ Ort: _____

Sonstige Angaben (bitte auf jeden Fall ausfüllen)

Ich war in den letzten 12 Monaten versichert bei der BKK_DürkoppAdler

bei folgenden Krankenkassen: _____

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? nein ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu

Angaben zu den Einkommensverhältnissen:

Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert

ja nein (dann benötigen wir auch die Angaben über die Einkünfte des Ehegatten)

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen) _____

Mein monatliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung in Höhe von 4.425,00 € (jährlich 53.100,00 €) im Jahr 2018 ja nein

Wenn ja, sind weitere Angaben zu Ihren Einkommensverhältnissen nicht weiter erforderlich. Sollten Sie jedoch eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einen Versorgungsbezug erhalten, füllen Sie bitte in jedem Fall die nachfolgende Tabelle aus.

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen Angaben in EUR	Versicherter		nicht gesetzlich versicherter Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	
	Monatlich	Jährlich	Monatlich	Jährlich
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts) lt. anl. Steuerbescheid	-----		-----	
Einnahmen aus einer unselbständigen Arbeit (Arbeitsentgelt, Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung, Dienstbezüge, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld, sonstiger geldwerter Vorteil, etc.) lt. anl. Gehaltsabrechnung		-----		-----
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld etc.), Sonderzahlungen lt. anl. Gehaltsabrechnung	-----		-----	
Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss)		-----		-----
Bezüge aus dem Ausland lt. anl. Nachweis <input type="checkbox"/> gesetzliche Renten <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge				
Renten aus privater Renten-/Lebensversicherung o.Ä. lt. anl. Bescheid				
Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Zusatzversicherungen etc. zuzügl. Einmalzahlungen o.Ä. lt. anl. Bescheid				
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung – bitte ggf. Steuerbescheid beifügen	-----		-----	
Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) – bitte Steuerbescheid, Zinsbescheinigung o.Ä. beifügen, die angegebenen Zinsen beziehen sich auf den Zeitraum:				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld), z.B. Unterhalt, Abfindungen (bitte Nachweis beifügen), Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse, Leistungen nach dem SGB XII) lt. anl. Bescheid		-----		-----

Bitte zusätzlich ankreuzen:

Der aktuellste Einkommensteuerbescheid _____ (Jahr) liegt bereits in der BKK vor
 ist beigelegt

Ich bin nicht einkommensteuerpflichtig, ein Einkommensteuerbescheid liegt daher nicht vor. Der letzte Einkommensteuerbescheid bezog sich auf das Jahr _____,
 eine aktuelle Nichtveranlagungsbescheinigung liegt bei.
 eine Nichtveranlagungsbescheinigung liegt nicht vor.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse/Pflegekasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.

BKK_DürkoppAdler
Versichertenservice
Potsdamer Str. 190
33719 Bielefeld

**Einwilligung zur Datenübermittlung und
Mitteilung der steuerlichen Identifikationsnummer (§ 139 b Abgabenord-
nung) für die Übermittlung der Beiträge zur steuerrechtlichen Berücksich-
tigung im Rahmen des Sonderausgabenabzuges**

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Datenübermittlung gemäß § 10 Abs.
2a Einkommensteuergesetz (EStG) an die Finanzverwaltung.

Name:

Anschrift:

Krankenversicherungsnummer:

Steueridentifikationsnummer:

- Meine Steueridentifikationsnummer liegt mir nicht vor. Bitte erfragen
Sie die Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für
Steuern.

Hinweise für den Fall der Ablehnung:

Wird die Einwilligung zur Datenübermittlung nicht erteilt, werden die Daten nicht
an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen gesendet. Eine spätere Einwil-
ligung ist jederzeit möglich, eine Datenübermittlung jedoch nur längstens für die
vorausgegangenen zwei Kalenderjahre.

Ein Widerruf der Einwilligung muss schriftlich an die übermittelnde Stelle gerich-
tet werden und kann nur vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die
Einwilligung nicht mehr gelten soll.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ha-
ben, kann nur ein gesetzlicher Vertreter die Einwilligung erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK DürkoppAdler
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.

