



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

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 **BKK\_DürkoppAdler** unkompliziert möglich, wenn du in NRW wohnst oder studierst.

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 Freiumschatz zu uns.

Die **BKK\_DürkoppAdler** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

## Erklärung zur Krankenversicherung der Studenten

Name (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Anschrift während des Studiums			Telefon/ Handy
Bank/Sparkasse	Ort	BIC	IBAN
Falls Sie nicht selbst Kontoinhaber sind: Name und Anschrift des Kontoinhabers			
Renten- oder Sozialversicherungsnummer (wenn nicht vergeben: Geburtsname und Geburtsort angeben)		Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Nachweis liegt bei	
Meine Steuer ID-Nr.:			

1. Ich beantrage die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Student bei der BKK\_DürkoppAdler ab dem \_\_\_\_\_.
2. Ich studiere an folgender (Hoch-)Schule/Fachhochschule  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Fachsemester.  
 Es handelt sich um ein  Erststudium oder  Zweitstudium.  
 Eine Immatrikulationsbescheinigung für das derzeitige Semester:  
 ist beigefügt     wird nachgereicht     liegt bereits vor.
3. Ich  bin zurzeit  war zuletzt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert     freiwillig versichert  
 familienversichert bei folgender Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Im Falle der Familienversicherung Angaben zum Stammversicherten: \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname Geburtsdatum

4. Ich übe neben dem Studium eine Beschäftigung aus  
 Nein     Ja, monatliches Bruttoeinkommen/wöchentliche Arbeitszeit  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Stunden
5. Ich übe neben dem Studium eine selbständige Tätigkeit/Gewerbe aus  
 (bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)  
 Nein     Ja, monatlicher Gewinn/wöchentliche Arbeitszeit  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Stunden
6. Ich beziehe  eine gesetzliche Rente (bitte auch Renten aus dem Ausland angeben)  
 einen Versorgungsbezug (bitte auch Bezüge aus dem Ausland angeben)  
 keine Rente/Versorgungsbezüge

---

Höhe des Bezuges/der Rente Rentenversicherungsträger/Zahlstelle

Ein entsprechender Bescheid liegt in Kopie bei.

7. Ich bin damit einverstanden, dass die Beiträge vom o. g. Konto im Wege des Lastschriftverfahrens abgebucht werden (SEPA-Basislastschriftmandat).

---

Unterschrift des Kontoinhabers

8. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. anfallende Erstattungen auf das o.g. Konto überwiesen werden.

---

Datum Unterschrift des Studenten

BKK\_DürkoppAdler  
z. Hd. Saskia Reinert  
Potsdamer Str. 190  
33719 Bielefeld

**Einwilligung zur Datenübermittlung und  
Mitteilung der steuerlichen Identifikationsnummer (§ 139 b Abgabenordnung) für die Übermittlung der Beiträge zur steuerrechtlichen Berücksichtigung 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 Einwilligung ist jederzeit möglich, eine Datenübermittlung jedoch nur längstens für die vorausgegangenen zwei Kalenderjahre.

Ein Widerruf der Einwilligung muss schriftlich an die übermittelnde Stelle gerichtet 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 haben, kann nur ein gesetzlicher Vertreter die Einwilligung erteilen.

Hinweise für Arbeitnehmer und Renten-/Versorgungsbezieher:

Sofern Ihre Beiträge im Lohnsteuerabzugsverfahren nach § 41 b Abs. 1 EStG (Arbeitnehmer) bzw. Rentenbezugsmitteilungsverfahren im Sinne des § 22 a EStG (Rentner/Versorgungsbezugsempfänger) übermittelt werden, gilt bei Ihnen eine sogenannte fiktive Einwilligung. Das bedeutet Folgendes: Sofern Ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber, den Rentenversicherungsträger oder eine Zahlstelle von Versorgungsbezügen abgeführt werden, wird grundsätzlich auch von dieser Stelle eine Meldung über gezahlte Beiträge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen vorgenommen. In diesen Fällen sind wir verpflichtet, die Beiträge, die Sie selbst zusätzlich an uns abführen (z.B. aus einer ausländischen Rente, Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit o.Ä.) unabhängig von Ihrer Einwilligung an die Zulagenstelle zu melden. Ein Widerspruch hiergegen ist nicht möglich. Bitte reichen Sie uns auch in diesem Fall dieses Schreiben zurück und geben uns darauf Ihre Steuer-ID-Nr. an. Andernfalls werden wir diese von der Zentralen Zulagenstelle anfordern.

\_\_\_\_\_  
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.**

