



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 Linde** 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 Linde** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK Linde** 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 **BKK Linde** 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 **BKK Linde** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich möchte Mitglied der BKK Linde werden!



Zum

vermittelt durch: krankenkassennetz.de

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	
Straße / Hausnr.	c/o	
PLZ / Ort	Krankenversichertennummer <input type="text"/>	
E-Mail*	Telefon privat / mobil*	
Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>		
Falls die RV-Nummer nicht bekannt ist oder noch keine vergeben wurde:		
Geburtsort	Geburtsname	Geburtsland
SteuerIdNr. <input type="text"/>	Die Steueridentifikationsnummer kann von der BKK Linde bei den Finanzbehörden angefordert werden	
*freiwillige Angaben		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend		
<input type="checkbox"/> Falls verheiratet: Mein/e Ehe- / Lebenspartner/in ist nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.		
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> nein		
Sollen Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bitte Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.	
Haben Sie sich von der Versicherungspflicht in der Kranken- oder Pflegeversicherung befreien lassen? (bspw. als Student, Arbeitnehmer, Arbeitslosengeldbezieher) <input type="checkbox"/> ja (bitte Befreiungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie einen eigenen Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis der Beihilfestelle beifügen) <input type="checkbox"/> nein		

Bisherige Krankenkasse

Name der bisherigen Krankenkasse	seit <input type="text"/>
PLZ / Ort	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied* <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied* <input type="checkbox"/> familienversichert, über <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> wegen Privatversicherung <input type="checkbox"/> wegen Auslandsaufenthalt	
Bei Zuzug aus dem Ausland: Datum der Einreise <input type="text"/>	(Kopie Meldebescheinigung Einwohnermeldeamt erforderlich, ggf. Kopie Aufenthaltstitel)
*Wichtig! Wenn Sie Pflichtmitglied oder freiwilliges Mitglied sind, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse. Ohne diese kann die Mitgliedschaft bei der BKK Linde nicht beginnen. Bitte legen Sie die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse bei.	

Angaben für die Versicherung bei der BKK Linde

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	(Falls Arbeitgeber oder (Hoch)schule / Uni vorhanden, bitte ausfüllen)
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	Firmenname/ (Hoch)schul-/Uniname
<input type="checkbox"/> mit Arbeitgeber verwandt / verschwägert	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied als _____	Straße / Hausnr.
<input type="checkbox"/> Selbstständige/r (Anmeldung beifügen) seit <input type="text"/>	PLZ / Ort
<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in (Bitte Schulbescheinigung/ Immatrikulationsbescheinigung beilegen)	Telefon / E-Mail
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r / beim Arbeitsamt gemeldet (bitte Bescheid beilegen)	Fax
<input type="checkbox"/> Rentner/in / Rentenanspruchsteller/in (bitte Rentenbescheid / Bescheid Versorgungsbezüge beilegen)	Betriebsnummer des Arbeitgebers <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ich erziele ein monatliches Bruttogehalt von bis zu 450,00 EUR (Minijob)	Beschäftigungsbeginn / Studienbeginn <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nebenbei selbstständig seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mein monatliches Bruttoentgelt übersteigt die aktuelle Versicherungspflichtgrenze
	<input type="checkbox"/> weitere Beschäftigung mtl. _____ EUR

Renten

Haben Sie eine Alters-, Hinterbliebenen- oder Erwerbsunfähigkeitsrente der gesetzl. Rentenversicherung beantragt oder erhalten Sie eine solche Rente?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Rentenbescheide beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Betriebsrenten oder Pensionen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheide beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten 10 Jahren eine Kapitalzahlung aus betrieblicher Altersversorgung erhalten?	<input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechende Unterlagen beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie ausländische Renten, Betriebsrenten oder Pensionen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheide beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
Falls eine der 4 vorherigen Fragen mit „ja“ beantwortet wurde: Haben Sie Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit oder Gewerbebetrieb?	<input type="checkbox"/> ja (bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein


Erweiterte Angaben bei einer freiwilligen Mitgliedschaft (die jeweiligen Nachweise bspw. letzten Einkommenssteuerbescheid* füge ich bei)

Einkommensverhältnisse (alle Einkünfte sind nachzuweisen)

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen.	des Versicherten		Des Ehegatten (nur notwendig wenn der Ehegatten nicht gesetzlich versichert ist)	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit* wöchentliche Arbeitsstunden				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn, Provisionen, Einmalzahlungen u.ä.)				
Renten aus der Sozialversicherung (z. B. Regelalters-, Witwen- oder Unfallrente)				
Rentenähnliche Einkünfte (Versorgungsbezüge, Pensionen, Betriebsrenten u.ä.)				
Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung*				
Einkünfte aus Kapitalvermögen* (Zinsen, Dividenden u.ä.)				
Sozialhilfe				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld, Wohngeld etc.; z.B. Unterhalt des geschiedenen Ehegatten u.ä.)				

Ich verfüge momentan über keine Einnahmen. Mein Lebensunterhalt wird wie folgt sichergestellt:

Ja, ich möchte über aktuelle und besondere Leistungen und Serviceangebote telefonisch per E-Mail (bitte entsprechend bei „Persönliche Angaben“ eintragen) informiert werden. Zu diesem Zweck darf die BKK Linde meine persönlichen Daten speichern und nutzen. Mir ist bekannt, dass ich meine freiwillige Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort	Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	
-----	-------	----------------------	--------------	---

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

Bonus: Ich nehme am FitBonus⁺ teil.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragservice BKK Linde
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.

