



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 SBH** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Prüfen Sie, ob Sie überhaupt in die **BKK SBH** wechseln können. Nur wenn Sie in Baden-Württemberg wohnen oder arbeiten ist ein Wechsel in die **BKK SBH** möglich.
2. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
3. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
4. 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.
5. Von der **BKK SBH** 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 SBH** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

ICH WERDE FREIWILLIGES MITGLIED

Mitgliedschaftsbeginn

2 0

• Sozialversicherungsnummer (bitte unbedingt angeben)

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen* <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> dienstlich
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail-Adresse*	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Anlagen ausfüllen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsname	
Geburtsort	Staatsangehörigkeit		

LICHTBILD für die Gesundheitskarte

Laden Sie einfach Ihr aktuelles Lichtbild hoch:
www.bkk-sbh.de/egk

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

meine bisherige Krankenkasse/Ort	Versicherungsart <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privatversichert
Versicherungszeit vom _____ bis _____	

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung bei oder reichen Sie diese nach!

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/Personenkreis

Beginn bzw. Dauer der Tätigkeit: vom _____ bis _____

Selbständig als: _____ Anzahl der wöchentl. Arbeitsstunden: _____
Anzahl der Beschäftigten: _____

Arbeitnehmer(in) Name des Arbeitgebers: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____

Beamter / Beamtin Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge: ja nein
 Pensionär(in) Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge: ja nein
 Rentner(in)
 Hausfrau / Hausmann
 Schüler(in) / Umschüler(in) / Student(in)
Name/Art der Schule: _____ Vollzeitstudium: ja nein
 Sozialhilfeempfänger(in)

Schüler/Studenten:
Schulbescheinigung bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Krankengeld

Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit (AU)
 nein ja

Ich habe im Falle einer AU einen tatsächlichen Verdienstausfall
 nein ja

Angaben zum Lebensunterhalt

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.350,00 €, eine gesetzliche Rente und / oder Versorgungsbezüge erhalte ich nicht
 ja nein, bitte 2. Seite ausfüllen

Krankengeld für Selbständige:
An Ihre Wahl des Krankengeldes sind Sie 3 Jahre gebunden.

Einwilligungen

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die BKK SBH meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung übermittelt. Sofern die Steuer-ID nicht angegeben wird, darf sie die BKK SBH auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern.

Steuer-ID _____

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mich die BKK SBH schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch) _____

Geldinstitut _____

IBAN	(BLZ)	(Kontonummer)
D E _____	_____	_____

Ich ermächtige die BKK SBH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK SBH 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.

Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch
 Internet: www.bkk-sbh.de
 Postwurfsendung
 Vermittler:

_____ kranken Kassennetz.de

Ihr Mitglied (Prämie für):

Name _____

KV-Nr. _____

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). Angaben im Steuerbescheid über Ihre Steuerschuld können von Ihnen geschwärzt werden. * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

weiter auf Seite 2...

Alle Vorteile und Infos unter www.bkk-sbh.de

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe



FÜR DIE BEITRAGSBERECHNUNG

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Angaben zur Beitragsberechnung

Familienstand
 ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG (Bitte Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)

Mein Ehegatte/Lebenspartner ist wie folgt krankenversichert
 pflicht- freiwillig - familien- privatversichert (bitte geben Sie zusätzlich die Einnahmen Ihres Ehegatten an)

Güterstand bei Verheirateten oder Lebenspartnern nach dem LPartG (nur anzugeben, wenn der Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist)
 Gütergemeinschaft Gütertrennung Zugewinnngemeinschaft

Ich habe Kinder (Wegfall Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung) gemeinsam, nicht gesetzlich versicherte, unterhaltsberechtigte Kinder
 nein ja (Geburtsurkunde eines Kindes liegt bei) Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder:

Angaben zum Lebensunterhalt
 Meine Einnahmen liegen unter 991,67 €, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen
Einnahmen aus einer unselbständiger Arbeit (Arbeitsentgelt, Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung, Dienstbezüge, Einmalzahlungen, Sonderzahlungen etc.), bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei → Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u.a.) bitte Nachweis beifügen → sonstiger geldwerter Vorteil, bitte Nachweis beifügen
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung , bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei
Einkünfte aus Kapitalvermögen , vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Steuerfreibetrages, bitte fügen Sie Nachweise bei
Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten), bitte aktuelle Bescheide beifügen → Art: _____ → Art: _____
Grundsicherung
Brutto-Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen → Art: _____ → Art: _____ → Einmalzahlungen
Sozialhilfe , bitte Bescheid beifügen
Abfindung , bitte Vertrag beifügen
sonstige Einnahmen , bitte Nachweise beifügen → Art: _____ → Art: _____

Einnahmen des Versicherten	
monatlich	jährlich

Einnahmen des Ehegatten	
monatlich	jährlich

Einnahmen Ehegatte:
 Angaben zum Einkommen des Ehegatten benötigen wir nur dann, wenn Ihr Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert ist.

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

Ort, Datum	Unterschrift
------------	------------------



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK SBH
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.

