



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 Wirtschaft & Finanzen** 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 Wirtschaft & Finanzen** 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 Wirtschaft & Finanzen** vorliegt.

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

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK Wirtschaft & Finanzen** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte zum

Mitglied der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN (BKK W&F) werden und beantrage die freiwillige Kranken- und soziale Pflegeversicherung.



PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Titel		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Vorname	Geburtsname			
Straße/Hausnummer	Geburtsdatum/Geburtsort			
Adresszusatz	Staatsangehörigkeit			
PLZ/Ort	Familienstand			
Krankenversicherungsnummer	Festnetzrufnummer (tagsüber) *			
Renten-/Sozialversicherungsnummer	Mobilfunknummer *			
Steuer-Identifikationsnummer	E-Mail-Adresse *			
Beschäftigung oder Tätigkeit während der freiwilligen Versicherung				
Wöchentliche Arbeitszeit				
Erlaubnis zur Weiterleitung der gezahlten Beiträge an die Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)		<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist gesetzlich krankenversichert bei <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist privat krankenversichert		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Angaben zum Einkommen Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist!		

EINKOMMENSVERHÄLTNISS FÜR DIE ZEIT AB BEGINN DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG

Meine Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze 2018: 53.100,00 € jährlich bzw. 4.425,00 € monatlich, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge beziehe ich nicht (weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind damit **nicht** mehr erforderlich). Ansonsten bitte folgende Angaben machen und **unbedingt Einkommensnachweise** beifügen.

ART UND HÖHE DER BRUTTOEINNAHMEN

	Mitglied		Ehegatte	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit <input type="checkbox"/> Laut letztem Einkommenssteuerbescheid (ESTB) <input type="checkbox"/> Mir liegt noch kein ESTB vor, da ich Existenzgründer bin, die Angaben sind daher geschätzt				
Gründungszuschuss nach § 93 SGB III <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte Bescheid der Agentur für Arbeit beifügen)				
Lohn/Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen u.a.)				
Einmalzahlungen von Arbeitsentgelt (z.B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld)				
Abfindungen aus beendeten Beschäftigungsverhältnissen letztes Brutto-Gehalt _____ € Betriebszugehörigkeit _____ Jahre				
Deutsche und ausländische Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss)				
Rentenähnliche Einnahmen (Vorsorgebezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Kapitalleistungen u.a.)				
Einmalzahlungen von rentenähnlichen Einnahmen (Weihnachtsgeld u.a.)				
Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung				
Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, etc.)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt Einkommensart _____				
<input type="checkbox"/> Meine Einnahmen liegen unter 1.015,00 € mtl. (2018), mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____				

Ich wurde geworben von: _____

DIE FREIWILLIGE VERSICHERUNG WIRD AUF NACHSTEHENDER VERSICHERUNGSGRUNDLAGE BEANTRAGT.

Bitte zutreffendes (Punkt 1 - 7) ankreuzen und ausfüllen.

1 als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden am _____ Grund _____

Bisher pflichtversichert als (z.B. Angestellter, Student, Arbeitsloser, Rentner, usw.) _____

2 Erlöschen der Familienversicherung am _____ Grund _____

Name, Vorname, Geburtstag des Mitglieds, Name der Krankenkasse bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde _____

Dem Erlöschen steht gleich, wenn für ein Kind die Familienversicherung deshalb nicht besteht, weil der mit ihm verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht gesetzlich versichert ist und dessen Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 4.950,00 € (2018) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist. Für Ehepartner die am 31.12.2002 privat krankenversichert waren, gilt ein Wert von 4.425,00 € monatlich.

3 Schwerbehinderter* (Voraussetzung ist, dass der Schwerbehinderte, dessen Elternteil oder dessen Ehegatte in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre versichert war)

Grad der Behinderung _____ v.H. seit _____ Tag des Feststellungsbescheids _____

Nachweis (bitte vorlegen) _____ anerkannt durch _____

Vorversicherungszeit (VVZ):
Die längste Vorversicherungszeit innerhalb der letzten 5 Jahre kann die unten ausgewählte Person nachweisen

Antragsteller dessen Vater dessen Mutter dessen Ehegatte dessen eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname _____ Geburtstag _____

Krankenkasse, Ort _____ vom _____ bis _____

Füllt die Krankenkasse aus Rahmenfrist

vom _____ bis _____

Tage _____ Monate _____ Jahre _____

VVZ erfüllt: ja nein

*Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft anzuzeigen.
Bitte ausfüllen, wenn die Vorversicherungszeit nicht erfüllt werden kann
Wegen meiner Behinderung konnte ich die VVZ aus folgenden Gründen nicht erfüllen: _____

4 Rückkehr von einer Auslandsbeschäftigung, Beschäftigungsaufnahme in Deutschland innerhalb von 2 Monaten am _____

Name des deutschen Arbeitgebers _____

Straße, PLZ und Ort _____

Ansprechpartner Personalabteilung _____

Meine vorherige Mitgliedschaft endete wegen Beschäftigung im Ausland. Vor der Auslandsbeschäftigung war ich versichert bei _____

Name der Krankenkasse _____ Mitglied bis _____

5 Erstmalige Beschäftigungsaufnahme in Deutschland ab _____

Name des Arbeitgebers _____

Straße, PLZ und Ort _____

Ansprechpartner Personalabteilung _____

6 Kassenwechsler, ich war bereits freiwilliges Mitglied

versichert bei (Name der Krankenkasse): _____

versichert von _____ bis _____

Kündigungsbestätigung der Vorkasse ist beigefügt wird nachgereicht

Arbeitgeber (wenn vorhanden) _____

Straße, PLZ und Ort _____

Ansprechpartner Personalabteilung _____

7 Beim erstmaligen Beginn einer Beschäftigung nach dem Studium besteht Krankenversicherungsfreiheit

Vorversicherungszeiten der letzten 5 Jahre (bitte unbedingt ausfüllen bei Versicherungsgrund Nr. 1 oder 2)

Die freiwillige Krankenversicherung nach Nr. 1 und 2 ist nur dann möglich, wenn man in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen 12 Monate gesetzlich krankenversichert war. Zeiten der Familienversicherung gelten ebenfalls als Versicherungszeit. Versicherungszeiten aufgrund einer Rentenantragstellung bleiben unberücksichtigt. Für Kinder reicht die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil.

Art der Versicherung: M = eigenes Mitglied, F = Familienversicherung

Art	vom	M: Arbeitgeber angeben F: Name und Geburtstag des Mitglieds	Versichert bei (Name der Krankenkasse)	Füllt die Krankenkasse aus Tage Monate

Prüfvermerk der Krankenkasse: Vorversicherungszeit erfüllt ja nein 3-Monatsfrist eingehalten ja nein HZ Sachbearbeiter _____

ANGABEN ZUM ANSPRUCH AUF KRANKENGELD BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ich bin hauptberuflich Beschäftigte/r
Ich habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit
(in der Regel 6 Wochen)
 nein ja für Wochen/Monate

Ich bin hauptberuflich Selbstständige/r und wähle eine
Versicherung:
 ohne Krankengeldanspruch
 mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab der 7. Woche
der Arbeitsunfähigkeit
 im Rahmen des Wahltarifes Krankengeld, bitte schicken
Sie mir hierzu Informationen zu.
Mein Arbeitseinkommen fällt bei Arbeitsunfähigkeit aus
 ganz
 gar nicht
 teilweise, und zwar in Höhe von %

ZAHLWEG DER BEITRÄGE

Überweisung/Dauerauftrag
 Lastschriftverfahren (-> Bitte anliegendes SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 4 ausfüllen!)
 Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden nicht von mir, sondern von meinem Arbeitgeber überwiesen.

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Zusatzangabe zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder
 nein ja, Nachweis ist beigefügt ja, Nachweis liegt Ihnen bereits vor

Diese Anmeldung gilt gleichzeitig als Meldung zur Pflegeversicherung nach § 26 Abs. 1 SGB XI. Mit dem Beginn der freiwilligen Krankenversicherung tritt gleichzeitig die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ein. Angehörige sind ohne Antrag beitragsfrei mitversichert. Der Beitrag beträgt 2,55 % der beitragspflichtigen Einnahmen für Eltern bzw. 2,8 % für Kinderlose, es gilt die Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag. Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen.

ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAG

Wir bitten Sie Ihre Eintragungen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt durch geeignete Einkommensnachweise in Kopie zu belegen, wie z.B. Entgeltabrechnungen, Rentenbescheide, Mitteilungen über Versorgungs- oder Dienstbezüge, der letzte Einkommensteuerbescheid usw.. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen zum Lebensunterhalt freiwilliger Mitglieder gehören z.B. die Einkünfte aus einer selbstständigen Arbeit, aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen (Zinsen). Bitte beachten Sie unbedingt, dass der Beitritt gegenüber unserer Kasse innerhalb von 3 Monaten nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bzw. innerhalb der Kündigungsfrist anzuzeigen ist.

Sie erklären, dass die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet sind und künftige Änderungen (z.B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich angezeigt werden. Ihnen ist bekannt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse ruhen, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge nicht entrichtet werden. Die Mitgliedschaft endet durch eine Austrittserklärung mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt; die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen. Mit dem Ende der freiwilligen Krankenversicherung endet gleichzeitig die soziale Pflegeversicherung.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i.V.m. § 175 SGB V zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Einwilligungserklärung zur erweiterten Datennutzung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK W&F meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der BKK W&F sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK W&F zu informieren, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift

WICHTIG:

Die Unterschrift hier gilt für den Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft. Das SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragseinzug muss auf Seite 4 zusätzlich unterschrieben werden.

Bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 

ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH

Antragsservice BKK Wirtschaft & Finanzen

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.

