krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

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

BKK Linde Mitgliedsantrag + Freiumschlag

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragsservice 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!

BKK Linde
DIE GUTE WAHL

vermittelt durch: krankenkassennetz.de

Zum

Persönliche Angaben

Name, Vorname | Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d ☐ x

Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit

Straße / Hausnr. | c/o

PLZ / Ort | Krankenversichertennummer

E-Mail* | Telefon privat / mobil*

Rentenversicherungsnummer

Falls die RV-Nummer nicht bekannt ist oder noch keine vergeben wurde:

Geburtsort | Geburtsname | Geburtsland

SteuerIdNr. | Die Steueridentifikationsnummer kann von der BKK Linde bei den Finanzbehörden angefordert werden

*freiwillige Angaben

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend

☐ Falls verheiratet: Mein/e Ehe- / Lebenspartner/in ist **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Haben Sie Kinder? ☐ ja (bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen) ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ nein

Sollen Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden? ☐ nein ☐ 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) ☐ ja (bitte Befreiungsbescheid beifügen) ☐ nein

Haben Sie einen eigenen Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften? ☐ ja (bitte Nachweis der Beihilfestelle beifügen) ☐ nein

Bisherige Krankenkasse

Name der bisherigen Krankenkasse | seit

PLZ / Ort

Art der Versicherung: ☐ Pflichtmitglied* ☐ freiwilliges Mitglied* ☐ familienversichert, über

☐ nicht gesetzlich versichert ☐ wegen Privatversicherung ☐ wegen Auslandsaufenthalt

Bei Zuzug aus dem Ausland: Datum der Einreise (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

☐ Arbeitnehmer/in

☐ Auszubildende/r

☐ mit Arbeitgeber verwandt / verschwägert

☐ freiwilliges Mitglied als _____

☐ Selbstständige/r (Anmeldung beifügen) seit

☐ Schüler/in / Student/in (Bitte Schulbescheinigung/ Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

☐ Arbeitslose/r / beim Arbeitsamt gemeldet (bitte Bescheid beilegen)

☐ Rentner/in / Rentenantragsteller/in (bitte Rentenbescheid / Bescheid Versorgungsbezüge beilegen)

☐ Ich erziele ein monatliches Bruttogehalt von bis zu 450,00 EUR (Minijob)

☐ nebenbei selbstständig seit

(Falls Arbeitgeber oder (Hoch)schule / Uni vorhanden, bitte ausfüllen)

Firmenname/ (Hoch)schul-/Uniname

Ansprechpartner

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon / E-Mail

Fax

Betriebsnummer des Arbeitgebers

Beschäftigungsbeginn / Studienbeginn

☐ Mein monatliches Bruttoentgelt übersteigt die aktuelle Versicherungspflichtgrenze

☐ weitere Beschäftigung mtl. _____ EUR

Renten

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

S20MSFRA

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice 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.