



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. Wenn Sie in Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK exklusiv** eintreten. Dafür 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 exklusiv** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedserklärung



Postadresse: 31273 Lehrte

Besucheradressen

Lehrte

Zum Blauen See 7 · 31275 Lehrte
Telefon 05132 5001-0 · Fax -12

Bremen

Am Deich 45 · 28199 Bremen
Telefon 0421 696935-0 · Fax -35

Ich wähle die BKK exklusiv ab _____

bei Änderung im Versicherungsverhältnis (z.B.Arbeitgeberwechsel, Beginn Leistungsbezug)

bei bestehendem Versicherungsverhältnis

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Geburtsname

m w d

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet geschieden eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer (siehe Gesundheitskarte)

Steueridentifikationsnummer (StID)

IBAN (für evtl. Erstattungen)

BIC

Bank

Telefon*

E-Mail*

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich möchte mich versichern als

- Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Teilnehmer/in an einem freiw. sozialen Jahr (FSJ) oder Bundesfreiwilligendienst (BFD)
 Elterngeld Elternzeit
 Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert
 freiwillig versichert die Beiträge werden vom AG gezahlt
 ich zahle die Beiträge selbst (bitte SEPA-Mandat zusenden)

Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Ausbildungsstätte etc.:

Personalnummer (falls bekannt) _____

Die Information an den Arbeitgeber über die Mitgliedschaft bei der BKK exklusiv soll die BKK exklusiv übermitteln übergebe ich selbst

Ich möchte mich versichern als

- Leistungsempfänger/in Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II durch: _____
Arbeitsamt/Jobcenter Kunden-Nr. _____
- Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) Praktikant/in
- Teilnehmer/in an einer berufsfördernden Maßnahme durch: _____
Name des Leistungsträgers
- Rentner/in Rentenantragsteller/in
- Künstler/in Publizist/in
- Freiwillig Versicherte/r ohne Einkünfte Schüler/in Rentner/in _____
 Selbständige/r nebenberuflich hauptberuflich
 ohne Krankengeldanspruch mit Krankengeldanspruch (Formular bitte zusenden)
 die Beiträge werden überwiesen bitte senden Sie mir ein SEPA-Manat zu

Ich war zuletzt

gesetzlich versichert bei der (Name und Anschrift der Krankenkasse)

seit: _____ als: Mitglied pflichtversichert freiwillig versichert

Familienversicherte(r) über: _____

nicht gesetzlich versichert privat versichert Ausland sonstiges: _____

Bei meiner Vorkasse hatte ich einen Wahltarif nein ja, seit _____ Art: _____

Angaben zu Ihrer Familie

Ich habe keine mitzuversichernden Familienangehörigen

Ich habe mitzuversichernde Familienangehörige Formular liegt bei Formular bitte zusenden

Mein Ehegatte/meine Ehefrau ist selbst versichert

nein

ja gesetzlich versichert bei _____ nicht gesetzlich versichert

Die Mitgliedschaft bei der BKK exklusiv soll auch zu einem späteren Zeitpunkt zustande kommen, falls der sofortige Wechsel bei Änderung im Versicherungsverhältnis nicht möglich ist ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Woher kennen Sie uns?

Internet/Homepage Familie/Freunde KollegInnen Vergleichsportale

Veranstaltung Sonstiges: _____

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, Beiträge, Beitragserstattungen und Entgeltersatzleistungen per Datenübermittlung an die Finanzämter zu melden. Auf das Widerspruchsrecht für Personen, die ihre Beiträge selbst zahlen, weisen wir hin.

* Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die BKK exklusiv meine angegebene Telefonnummer und Email speichert, um mich über die BKK exklusiv zu informieren. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK exklusiv
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.

