



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://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 exklusiv** 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 exklusiv** 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 exklusiv** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedserklärung

## 1. Persönliche Angaben

Ich wähle die BKK exklusiv ab (Datum)

Name, Vorname, Geburtsname

m  w

Anschrift

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer (siehe Gesundheitskarte)

Steueridentifikationsnummer (StID)

**Wenn noch keine deutsche Rentenversicherungsnummer vergeben worden ist:**

Geburtsort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

IBAN (für evtl. Erstattungen)

**Ich bin beschäftigt bei**

(Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Ausbildungsstätte etc.)

als  Auszubildende(r)

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

als  Teilnehmer/in an einem freiwilligen sozialen Jahr (FSJ)

**Ich bin**

ab/seit

**Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch Nr. III (z.B. Arbeitslosengeld)**

**Student**

**Praktikant**

**Künstler/Publizist**

**Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme**

**Selbstständig (bitte auch Pkt 3. ausfüllen)**

**Rentantragsteller**

**Rentner**

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

**Zur Zeit bin ich versichert**

bei der (Name und Adresse der Krankenkasse)

als:  Mitglied

Familienversicherte(r)

seit: \_\_\_\_\_

über: \_\_\_\_\_  
(Name des Hauptversicherten)

**Familienstand:**

ledig

verheiratet seit: \_\_\_\_\_

getrennt lebend

verwitwet

geschieden seit: \_\_\_\_\_

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz seit: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zu Ihrer Familie

- Ich habe keine mitzuversichernden Familienangehörigen
- Ich habe mitzuversichernde Familienangehörige  
(Die Angaben erfolgen auf dem beigefügten Familienfragebogen)

### Mein Ehegatte ist selbst versichert

- nein
- ja, **gesetzlich** versichert bei (Name der Krankenkasse):
- ja, **privat** versichert bei (Name der privaten Krankenversicherung):  
(wenn Kinder mitversichert werden sollen, fügen Sie bitte einen Einkommensnachweis des Ehegatten bei - §10 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Nr. V)

--	--

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet Beiträge, Beitragsersatzungen und Entgeltsatzleistungen per Datenübermittlung an die Finanzämter zu melden. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Datenübermittlung und – wenn Sie die StID nicht angegeben haben – einer maschinellen Ermittlung beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu. Auf Ihr Widerspruchsrecht weisen wir hin.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
Telefon	E-Mail

## 3. Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Sie sich als **freiwilliges Mitglied** versichern wollen

Meine beitragspflichtigen Einnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze  ja  nein

Ich habe Kinder (Zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung reichen Sie uns bitte ggf. einen Nachweis Ihrer Elterneigenschaft ein.)  ja  nein

Die Mitgliedschaft bei meiner bisherigen Krankenkasse dauerte von  bis

Ich möchte die Beiträge zur Kranken- und zur Pflegeversicherung von meinem Konto abbuchen lassen  ja, wir senden Ihnen ein SEPA-Mandat zu  nein, mein Arbeitgeber überweist die Beiträge

Für hauptberuflich **Selbstständige: Freiwillige Versicherung**  mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag (Bitte senden Sie mir die Unterlagen zu)  ohne Anspruch auf Krankengeld

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>	Tel.-Nr.
-------------------	---------------------	----------

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

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

