



Anschrift und Sitz  
kranken Kassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontakt Daten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://www.kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.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 Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK exklusiv** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK exklusiv** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn 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.**

