



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 das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **BKK exklusiv** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **BKK exklusiv** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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)

Rentenantragsteller

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, Beitragsersstattungen 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.

Ort, Datum	Unterschrift
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

Ort, Datum	Unterschrift	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.

