

Besucheradressen:**Servicecenter Lehrte**Zum Blauen See 7 · 31275 Lehrte
Telefon 05132 5001-0 · Fax -12**Servicecenter Bremen**Am Deich 45 · 28199 Bremen
Telefon 0421 696935-0 · Fax -35

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)

BIC

 Ich bin beschäftigt bei

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

als Auszubildende(r)als Teilnehmer/in an einem freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) oder Bundesfreiwilligendienst (BFD) **Ich bin**

ab/seit

 Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch Nr. II (ALG II) **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 getrennt lebend verwitwet geschieden eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

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 Entgeltersatzleistungen 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.*

Ort, Datum	Unterschrift
Telefon	E-Mail

Die BKK exklusiv wurde mir empfohlen von:

Name, Vorname	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	IBAN + BIC

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 gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

* Auf das Widerspruchsrecht für Personen, die ihre Beiträge selbst zahlen, weisen wir hin.