

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 BKK exklusiv wurde mir empfohlen

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IBAN (zur Auszahlung der Prämie)

Wählen Sie zwischen einer Barprämie oder einem Jahreslos der Aktion Mensch.

BIC (zur Auszahlung der Prämie)

25,00 Euro Jahreslos der Aktion Mensch

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, Beitragsrückstellungen 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.