

## Ihre Mitgliedschaft bei der **BKK Essanelle**

### **So einfach werden Sie Mitglied:**

1. Sie drucken das Antragsformular (nächste Seite) aus
2. Sie tragen Ihre persönlichen Daten ein und unterschreiben
- 3. Bitte legen Sie unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse bei!**  
Ein Musterschreiben für die Kündigung finden Sie unter <http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel/wechsel.html>.  
Dort sind auch Details zum Kassenwechsel, den Bindefristen sowie der einzuhaltenden Kündigungsfrist von 2 Monaten aufgeführt.
4. Entweder: Sie **faxen** den Antrag kommentarlos an die **kostenfreie Nummer 0800-1003038**  
Oder: Sie senden den Antrag **per Post** an  
Kassensuche GmbH  
Zentraler Antragservice  
Vilbeler Landstraße 186  
D-60388 Frankfurt  
Das Porto wird Ihnen selbstverständlich umgehend erstattet.
5. Sie erhalten binnen weniger Tage eine Bestätigung von der Krankenkasse, dass Ihr Antrag eingegangen ist sowie alle weiteren wichtigen Informationen bzw. direkt die Mitgliedschaftsbestätigung.
6. Fertig - so einfach können Sie von den Vorteilen Ihrer neuen Krankenkasse profitieren.

Ihr Krankenkassen-Team

# Ja, ich will ...

(Bitte in Blockschrift ausfüllen oder zutreffende Felder ankreuzen)

zum  Mitglied der BKK ESSANELLE werden. (Bitte gewünschtes Eintrittsdatum eintragen)

Name <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Vorname <input type="text"/>		Telefon, tagsüber erreichbar <input type="text"/>			
Straße <input type="text"/>		Haus-Nr. <input type="text"/>		Mobil-Nr. <input type="text"/>	
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>		E-Mail <input type="text"/>		

## Familienstand

ledig   
  verheiratet   
  verwitwet   
 geschieden seit    
 Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist selbst versichert bei

## Tätigkeit

Beschäftigte/r   
  Auszubildende/r   
  Student/in (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)   
  Sonstige (z.B. Hausfrau, Schüler, arbeitslos etc.)

selbstständig/freiberuflich (Letzten Steuerbescheid und Gewerbeanmeldung beifügen)   
  Rentner/in (Kopie des Rentenbescheids beifügen)

## Arbeitgeber

Firmenname <input type="text"/>		Telefon-Nr. der Personalabteilung (falls bekannt) <input type="text"/>	
Straße <input type="text"/>		PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	
Haus-Nr. <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt od. verheiratet		<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus	
<input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter/Geschäftsführer eines Unternehmens		<input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus	

## Vorversicherung

von  bis  Name der Krankenkasse

selbst versichert   
  familienversichert

Bitte Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen.

## Beitragszahlung

Die Beiträge  zahle ich selbst   
  werden von meinem Arbeitgeber überwiesen   
  sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden

Kontonummer <input type="text"/>	BLZ <input type="text"/>	Name der Bank <input type="text"/>
Kontoinhaber Name (nur wenn abweichend vom Antragssteller) <input type="text"/>		Kontoinhaber Vorname (nur wenn abweichend vom Antragssteller) <input type="text"/>

Datum  Ort

Unterschrift

**Datenschutzhinweis** - § 67a Abs.3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch SGB X  
 Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Versicherungsverhältnisse zu erheben und werden auf Datenträger gespeichert. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Versicherungsverhältnisse zu erheben und werden auf Datenträger gespeichert. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

## Familienversicherung

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				

### Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied

Leiblicher Elternteil der nebenstehend genannten Kinder

 ja

 nein

leibliches Kind/Adoptivkind

Stiefkind/Enkelkind

Pflegekind

leibliches Kind/Adoptivkind

Stiefkind/Enkelkind

Pflegekind

leibl. Kind/Adoptivkind

Stiefkind/ Enkelkind

Pflegekind

### Eigene Versicherung bei einer Krankenkasse

(Ist der Ehegatte privat versichert, ist ein Einkommensnachweis zwingend erforderlich – z. B. Einkommensteuerbescheide oder Gehaltsabrechnungen des Monats Dezember)

von

bis

 gesetzlich

 privat

welche

von

bis

 gesetzlich

 privat

welche

von

bis

 gesetzlich

 privat

welche

von

bis

 gesetzlich

 privat

welche

### Arbeitsverhältnis

seit

seit

seit

seit

### Selbstständige Tätigkeit

seit

seit

seit

seit

### Erwerbslos

seit

 ALG I

 ALG II

seit

 ALG I

 ALG II

seit

 ALG I

 ALG II

seit

 ALG I

 ALG II

### Monatliches Bruttoeinkommen

(Bitte nur das Einkommen der Angehörigen aus den drei vorher genannten Punkten angeben)

 fl

 fl

 fl

 fl

### Sonstige Einkünfte (brutto)

(z. B. aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, sonstigen Renten, Versorgungsbezügen, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen etc.)

Art der Einkünfte

 fl

Art der Einkünfte

 fl

Art der Einkünfte

 fl

Art der Einkünfte

 fl

### Schulbesuch/Studium

(Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte eine Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen)

von

bis

von

bis

von

bis

von

bis

### Wehr- oder Zivildienst

(Bitte Bescheinigung beifügen)

von

bis

von

bis

von

bis

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Ehegatten oder Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden.

Datum

Ort

Unterschrift

Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o. a. Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.