



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 Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK HMR** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BKK HMR** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BKK HMR** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK HMR** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Aufnahmeantrag

Betriebskrankenkasse
Herford Minden Ravensberg



BKK HMR

Der Geschäftsbereich der BKK HMR erstreckt sich auf die Bundesländer:
Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein

Beitrittsdatum Ich erkläre meinen Beitritt zum _____

Art der Versicherung Pflichtversicherung als:

- Beschäftigte/r
 Auszubildende/r
 Rentner/in

- Student/in
 Arbeitslosengeldbezieher/in Kd.-Nr. _____
 Freiwillige Versicherung

Angaben zur Person

| | |
|-----------------------------|--|
| Name, Vorname | Rentenversicherungsnummer |
| Straße, Hausnummer | Staatsangehörigkeit |
| PLZ, Wohnort | Familienstand |
| Telefon-Nr. | Geburtsdatum |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | Geburtsname |
| Name der Bank | Geburtsort/-land |
| IBAN | Steuer-Identifikationsnummer |
| BIC | <input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt |

Angaben zur bisherigen Versicherung

In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert: Krankenkasse / Krankenversicherung:

| | | |
|---------------------|------------|--|
| von _____ bis _____ | Name _____ | Mitglied <input type="checkbox"/> |
| | | familienvers. <input type="checkbox"/> |

Angaben zur Beschäftigung

| | |
|-------------------|---|
| Arbeitgeber _____ | beschäftigt seit _____ |
| Straße _____ | <input type="checkbox"/> Entgelt unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (2015 = 450,00 € monatlich) |
| PLZ/Ort _____ | <input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2015 = 4.575,00 € monatlich / 54.900,00 € jährlich) |

Sonstiges

Bezieher einer Rente nein ja Rentenbescheid

Von der Rentenversicherungspflicht befreit nein ja Befreiungsbescheid

Selbstständige Tätigkeit nein ja Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen

Angaben zur Kündigung

Eine Kündigungsbestätigung ist im Original beigelegt. Ohne diese kann eine Versicherung bei der BKK HMR nicht durchgeführt werden. Bestand in der Vergangenheit eine private Krankenversicherung, sind entsprechende Nachweise über die Versicherungszeit einzureichen.
Mir ist bekannt, dass meinem Arbeitgeber vor Ablauf der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der BKK HMR vorliegen muss, da ansonsten eine Versicherung bei der BKK HMR nicht durchgeführt werden kann.

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK HMR meine gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung meldet, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können.
Sofern mir meine Steuer-Identifikationsnummer nicht bekannt ist, bin ich ferner damit einverstanden, dass die BKK HMR diese beim Bundeszentralamt für Steuern erfragt (ggf. Absatz streichen).

Unterschrift

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK HMR
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.

