



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.krankenkaserneninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Schleswig-Holstein wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK HMR** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkaserneninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK HMR** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK HMR** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK HMR** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK HMR** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



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:
 D Beschäftigte/r D FSJ / BFD
 D Auszubildende/r D Student/in
 D Rentner/in D Freiwillige Versicherung

D Arbeitslosengeldbezieher/in
 D Arbeitslosengeld 1
 D Arbeitslosengeld II

Angaben zur Person	Name, Vorname	Rentenversicherungsnr.
	Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Familienstand
	Telefon-Nr.	Geburtsdatum
	E-Mail (freiwillige Angabe)	Geburtsname
	Name der Bank	Geburtsort/ -land
	BIC	Steuer-Identifikationsnummer
	IBAN	

Angaben zur bisherigen Versicherung	In den letzten 12 Monaten war ich wie folgt versichert:	Krankenkasse/ Krankenversicherung:	Mitglied <input type="checkbox"/>
	von _____ bis _____	Name _____	familienvers. <input type="checkbox"/>
Angaben zur Beschäftigung	Arbeitgeber _____	beschäftigt seit _____	
	Straße _____	<input type="checkbox"/> Entgelt unterhalb Mini-Job (2021 = 450,00 € monatlich)	
	PLZ/Ort _____	<input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2021 = 5.362,50 € monatlich/ 64.350,00 € jährlich)	
Arbeitgeber	mit dem Arbeitgeber verwandt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gesellschaftlich am Unternehmen beteiligt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Falls ja, bitte Folgendes als Kopie beifügen:		
Sonstiges	Bezieher einer Rente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rentenbescheid <input type="checkbox"/> ja	
	Von der Rentenversicherungspflicht befreit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Befreiungsbescheid <input type="checkbox"/> ja	
	Selbstständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen	
	In den letzten 10 Jahren einmalige Kapitalabfindungen aus betrieblicher Altersversorgung erhalten (z.B. Direktversicherung) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse	Eine Kündigung Ihrerseits bei der bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich.
	Wir leiten ein Kündigungsverfahren für Sie ein, sobald uns die Antragsunterlagen vorliegen.
Datenschutz-hinweis	Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 und § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne diese Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Informationen und Hinweise zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

