



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK HMR** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Schleswig-Holstein wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **BKK HMR** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

**Achtung:** Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# AUFNAHMEANTRAG

**BKK HMR**  
Am Kleinbahnhof 5  
32051 Herford

Tel. 05221 1026-210  
Fax 05221 1026-9000  
[www.bkk-hmr.de](http://www.bkk-hmr.de)



**BKK HMR**  
HIER IN MEINER REGION

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  
 Arbeitslosengeld I  Arbeitslosengeld II  
 Freiwillige Versicherung

## 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 18 Monaten war ich wie folgt versichert: Krankenkasse / Krankenversicherung:  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Mitglied   
familienvers.

## Angaben zur Beschäftigung

Arbeitgeber	beschäftigt seit _____
Straße	<input type="checkbox"/> Entgelt unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (Mini-Job) (2018 = 450,00 € monatlich)
PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2018 = 4.950,00 € monatlich / 59.400,00 € jährlich)

## Arbeitgeber

mit dem Arbeitgeber verwandt  nein  ja  
gesellschaftlich am Unternehmen beteiligt  nein  ja

## Sonstiges

Bezieher einer Rente  nein  ja Rentenbescheid  
Von der Rentenversicherungspflicht befreit  nein  ja Befreiungsbescheid  
Selbstständige Tätigkeit  nein  ja Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen  
In den letzten 10 Jahren einmalige Kapitalabfindungen  
aus betrieblicher Altersversorgung erhalten  nein  ja  
(z.B. Direktversicherung)

Falls ja, bitte Folgendes als Kopie beifügen:

## Angaben zur Kündigung

der bestehenden  
Krankenkasse /  
Krankenversicherung

Ohne die Kündigungsbestätigung im Original kann eine Versicherung nicht durchgeführt werden.  
Bestand zuletzt eine private Krankenversicherung, sind 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  
sowie Beitragserstattungen und Prämienzahlungen an die Finanzverwaltung meldet, damit die Beträge steuerlich  
berücksichtigt werden können (ggf. Absatz streichen).

## Datenschutzhinweis

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

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

