



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 das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **BKK HMR** unkompliziert möglich wenn du in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Schleswig-Holstein wohnst oder studierst.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **BKK HMR** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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



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.

