



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 Bremen, Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein oder Nordrhein-Westfalen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **bkk melitta 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 melitta hmr** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **bkk melitta 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 melitta 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 melitta hmr** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Vermittelt durch: krankenkassennetz.de GmbH

Persönliche Angaben		
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsname	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer -----
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden, <input type="checkbox"/> bitte Sozialversicherungsausweis beantragen
Anschrift		
E-Mail-Adresse ¹	Telefonnummer ¹	weitere Personen mitversichern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN ¹ DE-----	BIC	ich habe Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Abweichender Kontoinhaber	Unterschrift abweichender Kontoinhaber	

Beschäftigungsart		
<input type="checkbox"/> Beschäftigter	<input type="checkbox"/> Auszubildender/ Dualer Student	<input type="checkbox"/> BFD/FSJ/FOJ <input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Arbeitsloser - bitte Bescheid beifügen	<input type="checkbox"/> in Elternzeit - bitte Nachweis beifügen <input type="checkbox"/> Rentner - bitte Bescheid/e beifügen

Angaben zum Arbeitgeber		
Firmenname	beschäftigt seit / ab	
Firmenanschrift		
Ansprechpartner	Firma Telefonnummer	Firma Faxnummer
Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresentgeltgrenze: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Firmenzahler		

Angaben zur Versicherung als Student mit SEPA-Mandat (Bitte eine aktuelle Studienbescheinigung beifügen!)	
Name, Ort	<input type="checkbox"/> Universität Fachrichtung: <input type="checkbox"/> Fachhochschule
Die fälligen Beträge sollen abgebucht werden: Bankverbindung IBAN DE-----	abweichender Kontoinhaber
BIC	Unterschrift (ggf. abweichender Kontoinhaber)

Angaben zum JobCenter / Agentur für Arbeit (bitte aktuellen Bescheid beifügen)
Name, Ort

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung		
<input type="checkbox"/> eigene Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> eigene freiwillige Versicherung		
Name der Krankenkasse	versichert seit	versichert bis
Anschrift der Krankenkasse		

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung
Die  bkk melitta hmr ist dazu verpflichtet Ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erfolgte Beitragserstattung oder ausgeschüttete Prämien der Finanzverwaltung zu melden, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können.
Steueridentifikationsnummer: -----

Grundsätzlich beginnt mit der bkk-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der bkk-Pflegeversicherung. Die Daten, die wir von Ihnen erheben, benötigen wir, um unseren gesetzlichen Aufgaben nachkommen zu können. Die Erhebung der Daten richtet sich nach den sozialgesetzlichen Vorschriften sowie nach den Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung. Nähere Informationen können Sie den beigefügten Informationen zum Datenschutz entnehmen. **Mit Ihrer Unterschrift des Aufnahmeantrages bestätigen Sie, dass Sie die beigefügten Datenschutzinformationen erhalten und zu Kenntnis genommen haben.**

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="checkbox"/> Ich möchte die Online-Geschäftsstelle (OGS) der  bkk melitta hmr nutzen: Ungefähr 10 Tage vor Beginn der Mitgliedschaft erhalten Sie Ihren persönlichen Zugangscode zur Freischaltung der Nutzung auf dem Postweg. Sofern die Eingabe des Codes nicht innerhalb von 21 Tagen ab dessen Erhalt erfolgt, werden Ihre Daten in der OGS automatisch wieder gelöscht. Hierzu willige ich ein, dass die  bkk melitta hmr meine Daten (Name und Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Versicherungsnummer) für die Erstregistrierung in der OGS verwendet, verarbeitet und speichert. Die Informationen zur OGS sowie zum Datenschutz bei der Nutzung des Onlineservice (www.bkk-melitta-hmr.de/datenschutz-online-service-web-app/) habe ich gelesen.	

Einwilligung zur Datennutzung zu Marketingzwecken: Ich bin damit einverstanden, dass die  bkk melitta hmr meine persönlichen Daten auch zu dem Zweck verarbeitet und nutzt, um mich zu einer Mitgliedschaft und den vielfältigen Service-Angeboten zu informieren und zu beraten.

Bitte gewünschte Art der Kontaktaufnahme ankreuzen: Telefon E-Mail schriftlich

Die Nutzung Ihrer Daten zu Marketingzwecken beruht auf Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. A DSGVO). Diese freiwillige Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos gegenüber der  bkk melitta hmr widerrufen. ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin damit nicht einverstanden

Unterschrift (bei Zustimmung zur Datennutzung)

1- Freiwillige Angaben: Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkung auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die  bkk melitta hmr für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Sofern ich die Kontaktaufnahme per Telefon und/ oder E-Mail zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr wünsche, kann ich der durch die Angabe erteilten Einwilligung jederzeit widersprechen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-melitta-hmr.de/datenschutz.

bkk-Vermerk: fehlende angefordert Kopie/Antrag Form. MB an AG/ATA

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragservice bkk melitta 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.

