



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.krankenkasenninfo.de](http://www.krankenkasenninfo.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, Berlin, Niedersachsen, oder Nordrhein-Westfalen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK Melitta Plus** 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@krankenkasenninfo.de](mailto:info@krankenkasenninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



Von der **BKK Melitta Plus** 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 Plus** 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 Plus** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

über: Krankenkassennetz.de GmbH

<b>Persönliche Angaben</b>			
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 -----	<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden, <input type="checkbox"/> bitte Sozialversicherungsausweis beantragen	
Anschrift			
E-Mail-Adresse*		Telefonnummer*	Weitere Personen mitversichern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN DE_-----		BIC	Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Abweichender Kontoinhaber		Unterschrift abweichender Kontoinhaber	

<b>Beschäftigungsart</b>			
<input type="checkbox"/> Beschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)/ Duales Studium	<input type="checkbox"/> BFD/FSJ/FOJ	<input type="checkbox"/> Student(in)
<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen	<input type="checkbox"/> Rentnern(in) - bitte Bescheid/e beifügen	<input type="checkbox"/> in Elternzeit - bitte Nachweis beifügen

<b>Angaben zum Arbeitgeber</b>		
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		

<b>Angaben zur Versicherung als Student/in mit SEPA-Mandat</b> (Bitte aktuelle Studienbescheinigung mit Angabe des Fachsemesters 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 abweichender Kontoinhaber

<b>Angaben zum JobCenter / Agentur für Arbeit</b> (Bitte Bescheid beifügen)
Name, Ort

<b>Angaben zur bisherigen Krankenversicherung</b>		
<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		

<b>Datenübermittlung an die Finanzverwaltung</b>
Die BKK 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**

**Einwilligung zur Datennutzung zu Marketingzwecken:** Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Melitta Plus meine persönlichen Daten auch zu dem Zweck verarbeitet und nutzt, um mich zu einer BKK-Mitgliedschaft und den vielfältigen Service-Angeboten der BKK 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 Plus widerrufen.     ja, ich bin damit einverstanden     nein, ich bin damit nicht einverstanden

**Unterschrift (bei Zustimmung zur Datennutzung)**

\* 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 Plus 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 <https://www.bkk-melitta-plus.de/datenschutz>.



Immer an meiner Seite

BKK-Vermerk:  fehlende  angefordert  KB angef.  Kopie/Antrag Fam.  MB an AG/AMA

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK Melitta Plus  
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.**

