



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 Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK Melitta Plus** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BKK Melitta Plus** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BKK Melitta Plus K** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK Melitta Plus** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Meine Personalien und Anschrift:

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Straße	PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefon* / Handy-Nr.*	
Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>	E-Mail* <input type="text"/>	
wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden: <input type="checkbox"/> bitte Sozialversicherungsausweis beantragen	Ggf. Geburtsname <input type="text"/>	
Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN <input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/>
Ich bin bis zum Wechsel der Krankenkasse (Angaben für die letzten 18 Monate) Versichert bei:	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung krankenversichert <input type="checkbox"/> privat / nicht gesetzlich krankenversichert - bitte Bescheid beifügen - <input type="checkbox"/> seit <input type="checkbox"/> Kündigung zum: WICHTIG: Bitte Kündigungsbestätigung beifügen
Ich bin ab dem Wechsel der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Beschäftigte(r) <input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen - <input type="checkbox"/> Rentner(in)
Ich befinde mich in Elternzeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheinigung beifügen
Mein Ehegatte ist privatversichert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte letzte Jahresverdienstbescheinigung beifügen
Ich bin Student(in) oder Meisterschüler(in)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> FH <input type="checkbox"/> Uni <input type="checkbox"/> Anzahl Fachsemester Meisterschule bis <input type="text"/>
Ich habe einen Rentenantrag gestellt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ich beziehe eine Rente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Rentenbescheid beifügen
Ich beziehe Versorgungsbezüge/Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheide beifügen
Ich bin von der Rentenversicherung oder von der Pflegeversicherung befreit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte jeweils Befreiungsbescheide beifügen
Ich möchte Ehegatte / Kinder familienversichern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Fragebogen "Aufnahme in die Familienversicherung" ausfüllen

Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über eine BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin damit nicht einverstanden

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie evtl. erfolgte Beitragserstattungen oder ausgeschüttete Prämienzahlungen der Finanzverwaltung meldet, damit diese Beträge steuerlich berücksichtigt werden können. Nach dem Bürgerentlastungsgesetz ist die BKK zur Meldung verpflichtet, soweit eine Einwilligung des Versicherten vorliegt. **Bitte beachten Sie, dass Ihnen steuerliche Nachteile entstehen können, wenn Sie der Datenübermittlung nicht zustimmen!**

ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden. Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet:

Mein Arbeitgeber ab dem Wechsel der Krankenkasse:

Name	seit <input type="text"/>
Straße	Telefonnummer <input type="text"/>
PLZ, Ort	Ansprechpartner <input type="text"/>
Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift

Zusenden oder Faxen: 04731 9334-220

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Ich wurde geworben von **krankenkassennetz.de GmbH**

ServiceCenter Minden
Marienstraße 122
32425 Minden

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Straße 86
26954 Nordenham

ServiceCenter Bünde
Bahnhofstraße 8
32257 Bünde

BKKM⁺
Melitta Plus



Telefon: 04731 9334-126 • Fax: 04731 9334-220

mitgliedschaft@bkk-melitta.de • www.bkk-melitta-plus.de

Immer an meiner Seite

* freiwillige Angaben, ** Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.
angefordert KB angef. Kopie Fam. MB an AG BKK-Vermerk: fehlende

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

