

Mitglied werden bei der BKK HMR

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/319>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Aufnahmeantrag

Betriebskrankenkasse
Herford Minden Ravensberg

über gesetzlicheKrankenkassen.de (VT015)



BKK HMR

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 Pflichtversicherung als:

Versicherung

- 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 (falls bekannt) |
| IBAN | |

Angaben zur bisherigen Versicherung

In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert: Krankenkasse / Krankenversicherung:

| | | |
|---------------------|------------|--|
| von _____ bis _____ | Name _____ | Mitglied <input type="checkbox"/> |
| | | familienvers. <input type="checkbox"/> |

Angaben zur Beschäftigung

| | |
|-------------------|--|
| Arbeitgeber _____ | beschäftigt seit _____ |
| Straße _____ | <input type="checkbox"/> Entgelt unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (2017 = 450,00 € monatlich) |
| PLZ/Ort _____ | <input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2017 = 4.800,00 € monatlich / 57.600,00 € jährlich) |

Sonstiges

Falls ja, bitte Folgendes als Kopie beifügen:

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Bezieher einer Rente | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Rentenbescheid |
| Von der Rentenversicherungspflicht befreit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Befreiungsbescheid |
| Selbstständige Tätigkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen |

Angaben zur Kündigung

Eine Kündigungsbestätigung ist im Original beigelegt. Ohne diese kann eine Versicherung bei der BKK HMR nicht durchgeführt werden. Bestand in der Vergangenheit eine private Krankenversicherung, sind entsprechende 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 an die Finanzverwaltung meldet, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können.
Sofern mir meine Steuer-Identifikationsnummer nicht bekannt ist, bin ich ferner damit einverstanden, dass die BKK HMR diese beim Bundeszentralamt für Steuern erfragt (ggf. Absatz streichen).

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

VT015

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift