Mitglied werden bei der bkk melitta hmr

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie ohne Online-Antrag:

Noch einfacher: Zum Online-Antrag für Arbeitnehmer und Auszubildende **https://kassenantrag.de/236**

Schritt 1: Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen, unterschreiben und abschicken

Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. WICHTIG: Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- **per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf https://kassensuche.de/antrag/236**
- **per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen**
- **per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer 0800-1003038 faxen**
- **per Post: Bitte schicken an:**

  Kassensuche GmbH, Zentraler Antragsservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2: Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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 der bkk melitta hmr

Ich möchte Mitglied werden ab __.__.20__

Persönliche Angaben

Name, Vorname		☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ eingetr. Lebenspartnerschaft
Geburtsname	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden, ☐ bitte Sozialversicherungsausweis beantragen	
Anschrift			
E-Mail-Adresse[1]		Telefonnummer[1]	weitere Personen mitversichern ☐ nein ☐ ja
Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN[1] DE_ _		BIC	ich habe Kinder ☐ nein ☐ ja
Abweichender Kontoinhaber		Unterschrift abweichender Kontoinhaber	

Beschäftigungsart

☐ Beschäftigter ☐ Auszubildender/ Dualer Student ☐ BFD/FSJ/FOJ ☐ Student ☐ in Elternzeit - bitte Nachweis beifügen
☐ Selbstständiger ☐ Arbeitsloser - bitte Bescheid beifügen ☐ 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: ☐ ja ☐ nein	☐ Selbstzahler ☐ Firmenzahler	

Angaben zur Versicherung als Student mit SEPA-Mandat

(Bitte eine aktuelle Studienbescheinigung beifügen!)

Name, Ort	☐ Universität Fachrichtung: ☐ 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

☐ eigene Pflichtversicherung ☐ private Versicherung ☐ Familienversicherung ☐ 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** _____

☐ **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) _____

Geworben von: Kassensuche GmbH **ID:** 0800

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 melitta hmr
gemeinsam richtung gesundheit

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche

bkk-Vermerk: ☐ fehlende _____ angefordert ☐ Kopie/Antrag Fam. ☐ MB an AG/AfA ☐ _____

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Empfänger (z.B. „Personalabteilung“)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Personalnummer:

Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

bkk melitta hmr

krankenversichert sein.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift