

## 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](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://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

|                           |                             |  |
|---------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Angaben zur Person</b> | 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**

Bezieher einer Rente  nein  ja Rentenbescheid

Von der Rentenversicherungspflicht befreit  nein  ja Befreiungsbescheid

Selbstständige Tätigkeit  nein  ja Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen

**Angaben zur Kündigung**

der bestehenden Krankenkasse / Krankenversicherung

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

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