Aufnahmeantrag

ServiceCenter Minden
Marienstr. 122, 32425 Minden

BKK Melitta Plus

Ich möchte Mitglied werden ab ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

als ☐ **Pflichtmitglied** ☐ **freiwilliges Mitglied**

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Str. 86, 26954 Nordenham

ServiceCenter Bünde
Bahnhofstr. 8, 32257 Bünde

Meine Personalien und Anschrift:

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

Einwilligung zur Datennutzung:
Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich zu einer 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. In diesem Fall werden Ihre persönlichen Daten bei der BKK gelöscht.

☐ 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
Straße	Telefonnummer
PLZ, Ort	Ansprechpartner
Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze	☐ ja ☐ nein

Ort, Datum _____ ***Unterschrift*** _____

Zusenden oder ***Faxen: 0 47 31 / 93 34 220***

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.

* freiwillige Angaben, ** Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.

Ich wurde geworben von / Werbeprämie:**

Name, Vorname	Mitglieds-Nr. oder Geburtsdatum
Geldinstitut	BLZ Kontonummer

BKK-Vermerk: ☐ fehlende ☐ angefordert ☐ KB angef. ☐ Kopie Fam. ☐ MB an AG ☐

Service-Hotline für Interessenten: ***0 180 2 / 93 34 44***

www.bkk-melitta-plus.de

(0,06 € / Gespräch aus dem deutschen Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus dem deutschen Mobilfunknetz)