Aufnahmeantrag

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

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

Angaben zur Person

☐ männlich ☐ weiblich
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Name, Vorname: _____ Rentenversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Straße: _____ wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden,

PLZ, Ort: _____ ☐ bitte Sozialversicherungsausweis beantragen

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsname: _____

Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN: DE☐☐ BLZ ☐☐☐☐☐☐☐☐ Kto.-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC: _____

Telefon*/ Handy-Nr.*: _____ E-Mail*: _____

Ich bin **bis zum Wechseln der Krankenkasse** (Angaben für die letzten 18 Monate)	☐ Pflichtmitglied ☐ freiwilliges Mitglied	☐ im Rahmen einer Familienversicherung krankenversichert ☐ 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) ☐ BFD/ FSJ/ FÖJ ☐ 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 Renten- oder Pflegeversicherung befreit	☐ nein	☐ ja, bitte jeweils Befreiungsbescheide beifügen
Ich habe Kinder	☐ nein	☐ ja
! Ich möchte Ehegatte/ Kinder familienversichern	☐ nein	☐ ja, bitte **Fragebogen „Aufnahme in die Familienversicherung“** ausfüllen

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

Mein Arbeitgeber ab dem Wechsel der Krankenkasse

Name: _____ seit: _____

Straße: _____ Telefonnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Ansprechpartner: _____

Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresentgeltgrenze:
☐ ja ☐ nein ☐ Selbstzahler ☐ Firmenzahler Betriebsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐

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 freiwillige Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

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

! _____
Unterschrift (bei Zustimmung)

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:*** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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. Die beigefügten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. ***Hinweis:*** Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

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

Ich wurde geworben von/ Werbeprämie** (Gilt nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war)

Name, Vorname: _____ Mitglieds-Nr. oder Geburtsdatum: _____

IBAN: DE☐☐ BLZ ☐☐☐☐☐☐☐☐ Kto.-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC: _____

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

Zusenden oder Faxen: 04731 9334-220

ServiceCenter Minden
Marienstraße 122
32425 Minden

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Straße 86
26954 Nordenham

ServiceCenter Bünde
Bahnhofstraße 8
32257 Bünde

ServiceCenter Espelkamp
Breslauer Straße 22
32339 Espelkamp

BKK Melitta Plus

Immer an meiner Seite

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

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