

➔ Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied werden ab

als Pflichtmitglied

freiwilliges Mitglied

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN: DE

Telefon*/ Handy-Nr.*: _____

Ich bin **bis zum Wechseln der Krankenkasse** (Angaben für die letzten 18 Monate)

Pflichtmitglied
 freiwilliges Mitglied

Versichert bei: _____ seit: _____

Ich bin **ab dem Wechsel der Krankenkasse**

Beschäftigte(r)
 Selbstständige(r)

männlich weiblich
 ledig verheiratet

unbestimmt divers
 geschieden verwitwet

Rentenversicherungsnummer:

wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden,

bitte Sozialversicherungsausweis beantragen

Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

E-Mail*: _____

im Rahmen einer Familienversicherung krankenversichert
 privat/ nicht gesetzlich krankenversichert - bitte Bescheid beifügen -

Kündigung zum: _____

! WICHTIG: Bitte Kündigungsbestätigung beifügen

Ich befinde mich in Elternzeit nein

Auszubildende(r)/ Duales Studium BFD/ FSJ/ FÖJ Student(in)
 Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen Rentner(in)

Mein Ehegatte ist privatversichert

nein

ja, bitte Bescheinigung beifügen

Ich bin Student(in) oder Meisterschüler(in)

nein ja FH Uni

ja, bitte letzte Jahresverdienstbescheinigung beifügen

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

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: Die BKK 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. Bitte teilen Sie uns deshalb Ihre Steuer-Identifikationsnummer mit.

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: ** (Gilt nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war.)

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

IBAN: DE

BIC: _____

 **Zusenden oder Faxen: 04731 9334-220**

ServiceCenter Minden
Marienstraße 122
32425 Minden

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Straße 86
26954 Nordenham

ServiceCenter Bünde
Hangbaumstraße 7
32257 Bünde

ServiceCenter Espelkamp
Breslauer Straße 22
32339 Espelkamp



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

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

Immer an meiner Seite

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

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