

Mitglied werden bei der BKK HMR

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! 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://wiwo.kassensuche.de/antrag/319>
- 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 Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 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

über gesetzlicheKrankenkassen.de (VT015)



BKK HMR
Am Kleinbahnhof 5
32051 Herford

Tel. 05221 1026-210
Fax 05221 1026-9000
www.bkk-hmr.de

BKK HMR

HIER IN MEINER REGION

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 Versicherung Pflichtversicherung als:
 Beschäftigte/r
 Auszubildende/r
 Rentner/in

Student/in
 Arbeitslosengeldbezieher/in
 Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II
 Freiwillige Versicherung

Angaben zur Person

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
IBAN	

Angaben zur bisherigen Versicherung

In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert: Krankenkasse / Krankenversicherung:
von _____ bis _____ Name _____ Mitglied
familienvers.

Angaben zur Beschäftigung

Arbeitgeber	beschäftigt seit
Straße	<input type="checkbox"/> Entgelt unterhalb Mini-Job (2020 = 450,00 € monatlich)
PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2020 = 5.212,50 € monatlich / 62.550,00 € jährlich)

Arbeitgeber

mit dem Arbeitgeber verwandt nein ja
gesellschaftlich am Unternehmen beteiligt nein ja

Sonstiges

Bezieher einer Rente nein ja Rentenbescheid
Von der Rentenversicherungspflicht befreit nein ja Befreiungsbescheid
Selbstständige Tätigkeit nein ja Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen
In den letzten 10 Jahren einmalige Kapitalabfindungen aus betrieblicher Altersversorgung erhalten (z.B. Direktversicherung) nein ja

Falls ja, bitte Folgendes als Kopie beifügen:

Angaben zur Kündigung

der bestehenden Krankenkasse / Krankenversicherung

Ohne die Kündigungsbestätigung im Original kann eine Versicherung nicht durchgeführt werden. Bestand zuletzt eine private Krankenversicherung, sind 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 sowie Beitragserstattungen und Prämienzahlungen an die Finanzverwaltung meldet, damit die Beträge steuerlich berücksichtigt werden können (ggf. Absatz streichen).

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 und § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne diese Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Informationen und Hinweise zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, 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

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift