

# Aufnahmeantrag

**Betriebskrankenkasse  
Herford Minden Ravensberg**  
Am Kleinbahnhof 5, 32051 Herford  
Tel. 05221 1026-210  
Fax 05221 1026-9000  
[www.bkk-hmr.de](http://www.bkk-hmr.de)



# 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**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beschäftigte/r  | <input type="checkbox"/> Student/in                  |
| <input type="checkbox"/> Auszubildende/r | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbezieher/in |
| <input type="checkbox"/> Rentner/in      | <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung    |

<b>Angaben zur Person</b>	Name, Vorname	Rentenversicherungsnummer
	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	

<b>Angaben zur bisherigen Versicherung</b>	In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert:	Krankenkasse / Krankenversicherung:
	von _____ bis _____	Name _____ Mitglied familienvers. <input type="checkbox"/>

<b>Angaben zur Beschäftigung</b>	Arbeitgeber	beschäftigt seit _____
	Straße	<input type="checkbox"/> Entgelt unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (2016 = 450,00 € monatlich)
	PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2016 = 4.687,50 € monatlich / 56.250,00 € jährlich)

**Sonstiges**

Bezieher einer Rente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rentenbescheid
Von der Rentenversicherungspflicht befreit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Befreiungsbescheid
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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).

<b>Unterschrift</b>	Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes
_____	_____	_____