

# 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)

**Beitrittsdatum** Ich erkläre meinen Beitritt zum \_\_\_\_\_

- Grund des Aufnahmeantrags**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnort / Beschäftigungsort liegt im Geschäftsbereich* der BKK HMR | <input type="checkbox"/> Besondere Wahlrechte nach § 173 Abs. 4 SGB V |
| <input type="checkbox"/> Frühere Mitgliedschaft bei der BKK HMR                             | <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung                     |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte ist bereits Mitglied bei der BKK HMR                      | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung der Studenten            |
|   | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung der Rentner              |

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum des Ehegatten

\*Der Geschäftsbereich der BKK HMR erstreckt sich auf die Bundesländer: Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein

<b>Angaben zur Person</b>	Name, Vorname	Rentenversicherungsnr.
	Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Familienstand
	Telefon-Nr.	Geburtsdatum
	Name der Bank	Geburtsort
	Bankleitzahl	Geburtsname
	Konto-Nr.	Geburtsland

<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"/>
	von _____ bis _____	Name _____ Mitglied familienvers. <input type="checkbox"/>

<b>BKK MedPlus</b>	Ich möchte an folgendem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen. Bitte senden Sie mir entsprechende Unterlagen zu. Die Teilnahme an einem DMP meiner bisherigen Krankenkasse endet mit dem Kassenwechsel.	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> COPD
		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Brustkrebs
		<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (KHK)	<input type="checkbox"/> Asthma

<b>Angaben zur Beschäftigung</b>	Arbeitgeber	beschäftigt seit
	Straße	monatliches Bruttoentgelt in €
	PLZ/Ort	beschäftigt als

<b>Sonstiges</b>	Bezieher einer Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Falls ja, bitte Folgendes als Kopie beifügen:</b>
	Schwerbeschädigung liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rentenbescheid
	Von der Rentenversicherungspflicht befreit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bescheid des Versorgungsamtes
	Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Befreiungsbescheid
				Falls ja, bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen

<b>Angaben zur Kündigung</b> der bestehenden Krankenkasse / Krankenversicherung	Eine Kündigungsbestätigung ist im Original beigelegt. Mir ist bekannt, dass ohne Vorlage dieser Original-Kündigungsbestätigung eine Versicherung bei der BKK HMR nicht durchgeführt werden kann. Bestand in der Vergangenheit eine private Krankenversicherung, sind entsprechende Nachweise über die Versicherungszeit einzureichen.
	Mir ist ebenfalls 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.

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

# Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

KV-Nr: \_\_\_\_\_

## 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher  
 im Rahmen der eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung  
 versichert bei: Krankenkasse und Sitz  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand  
 ledig  verheiratet  
 getrennt lebend  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft  
 nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Mein Ehegatte ist selbst versichert  
 Nein  Ja, bei  
 Name und Sitz der Krankenkasse  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2. Familienangehörige ab \_\_\_\_\_

Die nachstehende Tabelle füllen Sie bitte nur aus, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurücksenden. Angaben für Ihren Ehegatten machen Sie bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll;

dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

Angaben zur Person	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____	_____	_____	_____

Eigene Versicherung bei anderer Krankenkasse	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Zeitraum von / bis	_____	_____	_____	_____
Name der Krankenkasse	_____	_____	_____	_____

Selbstständige Tätigkeit	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
liegt vor (Nachweis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Angaben in €	_____	_____	_____	_____

Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
(z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	_____	_____	_____	_____
Angaben in €	_____	_____	_____	_____
Art der Einkünfte	_____	_____	_____	_____

Ausbildungszeiten	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Schulbesuch/Studium* *bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen, ** bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen	_____	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst**	_____	_____	_____	_____

Bisherige Krankenkasse	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name	_____	_____	_____	_____

## 3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungs-Nr.	_____	_____	_____	_____
-------------------------	-------	-------	-------	-------

Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort / Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Sozialgesetzbuch (SGB XI): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Interne Erledigungsvermerke der BKK HMR  
 MBF \_\_\_\_\_ KV-Karte \_\_\_\_\_ Melde Vf-FV \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitgliedes \_\_\_\_\_ Unterschrift der Familienangehörigen ab dem 15. Lebensjahr / des Ehegatten \_\_\_\_\_  
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Ehegatten reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.