

# AUFNAHMEANTRAG



**BKK HMR**  
Am Kleinbahnhof 5  
32051 Herford

Tel. 05221 1026-210  
Fax 05221 1026-9000  
[www.bkk-hmr.de](http://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  FSJ / BFD  
 Auszubildende/r  Student/in  
 Rentner/in  Freiwillige Versicherung

Arbeitslosengeldbezieher/in  
 Arbeitslosengeld I  
 Arbeitslosengeld II

## 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 12 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 (2021 = 450,00 € monatlich)
PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2021 = 5.362,50 € monatlich / 64.350,00 € 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:**

## Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse

Eine Kündigung Ihrerseits bei der bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich.  
Wir leiten ein Kündigungsverfahren für Sie ein, sobald uns die Antragsunterlagen vorliegen.

## Datenschutz-hinweis

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

\_\_\_\_\_