

# Aufnahmeantrag

Ich möchte zum  Mitglied der BKK B. Braun Melsungen AG werden.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Frau  Herr

Nachname	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Rentenversicherungsnummer	Steueridentifikationsnummer
Telefon, privat/dienstlich	E-Mail	IBAN

## VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Name meiner jetzigen Krankenkasse	Ich bin dort versichert seit	Versichertennummer, siehe Gesundheitskarte
Ich habe meine jetzige Krankenkasse bereits gekündigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Kündigungsbestätigung dieser Krankenkasse <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Name der Krankenkasse meines Ehepartners
<b>Kündigungsfrist beachten:</b> Wenn Sie Ihre Mitgliedschaft bei Ihrer jetzigen Krankenkasse zum Ende des übernächsten Monats (z. B. im Januar zum 31. März) kündigen, können Sie bereits ab 1. April Mitglied bei uns sein. Bei Familienversicherung, bei Unterbrechung der Mitgliedschaft oder wenn keine gesetzliche Krankenversicherung besteht, ist Ihre Mitgliedschaft bei uns sofort ohne vorherige Kündigung möglich. Mehr Informationen erhalten Sie unter freecall 0800 2272830.		
Ich bin dort wie folgt versichert (Angabe für die vergangenen 18 Monate)	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert
Ich bin ...	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Rentner/in	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> arbeitslos
Ich beziehe Rente/Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheide beifügen)	Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich befinde mich in Elternzeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte Angehörige (Ehepartner, Kinder) beitragsfrei familienversichern		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## MEIN ARBEITGEBER

Name meines Arbeitgebers	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Ansprechpartner Personalabteilung	Ich bin beschäftigt seit

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Die Erhebungen erfolgen aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und werden auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.
Ort, Datum	Unterschrift <b>neues Mitglied</b>	

**TOLLE GEWINNE**  
für Ihre Empfehlung

## MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER – MEIN PERSÖNLICHES GLÜCKSLOS

Ich bin bereits bei der BKK B. Braun Melsungen AG versichert und habe das oben genannte Mitglied geworben. Das neue Mitglied ist mit der Empfehlung einverstanden. Gewinn- und Teilnahmebedingungen siehe unter [www.bkk-bbraun.de](http://www.bkk-bbraun.de)

Nachname, Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer für evtl. Rückfragen	Ort, Datum	Unterschrift <b>werbendes Mitglied</b>

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an uns zurück: BKK B. Braun Melsungen AG, Grüne Straße 1, 34212 Melsungen