

# Aufnahmeantrag



**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



Ich möchte zum  Mitglied werden.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Frau  Herr

Nachname	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Rentenversicherungsnummer	Steueridentifikationsnummer
Telefon, privat/dienstlich (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	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 (Bitte Rückseite ausfüllen)

## MEIN ARBEITGEBER

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Die Erhebungen erfolgen aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches zur Durchführung der Mitgliedschaft (§§ 284, 288 SGB V; §§ 94, 99 SGB XI). Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die freiwillig gemachten Angaben können jederzeit widerrufen werden, dazu genügt eine formlose Nachricht an die BKK B. Braun.
Ort, Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift <b>neues Mitglied</b>	

## 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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname, Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer für evtl. Rückfragen (freiwillig)	Ort, Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift <b>werbendes Mitglied</b>

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

**TOLLE GEWINNE**  
für Ihre Empfehlung

# Antrag auf Familienversicherung

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



## FAMILIENANGEHÖRIGE VON

Name, Vorname Mitglied

Geburtsdatum

Folgende Familienangehörige sollen beitragsfrei mitversichert werden. Bitte geben Sie die Daten Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin an, auch wenn nur Ihre Kinder mitversichert werden sollen.

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Nachname	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geschlecht	<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	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____
Rentenversicherungsnummer	_____	_____	_____	_____
Versichertennummer, siehe Gesundheitskarte	_____	_____	_____	_____
Beginn der Familienversicherung	_____	_____	_____	_____
Mitversicherung d. Ehepartners	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
ggf. abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten: leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____	_____	_____	_____

Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Einkommensart: z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, BaföG, Arbeitslosengeld	_____	_____	_____	_____

Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis ... (ab dem 23. Geburtstag Bescheinigung beifügen)	_____	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ
Name der jetzigen Krankenkasse (privat versicherte Ehepartner bitte Einkommensnachweis beifügen)	_____	_____	_____	_____

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen erhöht oder einer der oben genannten Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.

X

Datum, Unterschrift neues Mitglied

X

Datum, Unterschrift Ehepartner/Ehepartnerin\*

X

Datum, Unterschrift Kind (ab dem 16. Geburtstag)\*

\* Ich bin damit einverstanden, dass Sie meine angegebenen Daten zur Prüfung der Familienversicherung nutzen.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE.