

Ihre Mitgliedschaft bei der **BKK Medicus**

So einfach werden Sie Mitglied:

1. Sie drucken das Antragsformular (nächste Seite) aus
2. Sie tragen Ihre persönlichen Daten ein und unterschreiben
- 3. Bitte legen Sie unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse bei!**
Ein Musterschreiben für die Kündigung finden Sie unter <http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel/wechsel.html>.
Dort sind auch Details zum Kassenwechsel, den Bindefristen sowie der einzuhaltenden Kündigungsfrist von 2 Monaten aufgeführt.
4. Entweder: Sie **faxen** den Antrag kommentarlos an die **kostenfreie Nummer 0800-1003038**
Oder: Sie senden den Antrag **per Post** an
Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
D-60388 Frankfurt
Das Porto wird Ihnen selbstverständlich umgehend erstattet.
5. Sie erhalten binnen weniger Tage eine Bestätigung von der Krankenkasse, dass Ihr Antrag eingegangen ist sowie alle weiteren wichtigen Informationen bzw. direkt die Mitgliedschaftsbestätigung.
6. Fertig - so einfach können Sie von den Vorteilen Ihrer neuen Krankenkasse profitieren.

Ihr Krankenkassen-Team

Mitgliedschaftserklärung

über gesetzlicheKrankenkassen.de

Ich möchte zum _____ Mitglied der BKK MEDICUS werden.

Angaben zur Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel Vorname Name		Geburtsname Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnummer		Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl Wohnort		Vorwahl Telefon E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsort		
Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja (kein Pflegeversicherungszusatzbeitrag – bitte Nachweis beif. gen) <input type="checkbox"/> nein (Pflegeversicherungszusatzbeitrag von 0,25 %)		
Sollen Familienangehörigen mitversichert werden?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Angaben zur Vorversicherung in den vergangen 18 Monaten

Ich war zuletzt pflichtversichert familienversichert durch (Vor- und Zuname) _____ freiwillig versichert

1. von _____ bis _____ bei (Krankenkasse, Adresse) _____

2. von _____ bis _____ bei (Krankenkasse, Adresse) _____

Meine Tätigkeit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber/Unternehmen	Betriebsnummer vom Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	beschäftigt seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl Ort	Vorwahl Telefon des Arbeitgebers
Mein Arbeitgeber , berweist die Beiträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich beziehe eine Rente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

BKK MEDICUS
Postfach 02 01 08

01439 Radebeul

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
Über k, nftige Veränderungen werde ich Sie unverz, glich informieren.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort Datum	Unterschrift des Antragstellers