

## Mitglied werden bei der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER

### Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie ohne Online-Antrag:

Noch einfacher: Zum Online-Antrag  
für Arbeitnehmer und Auszubildende  
<https://kassenantrag.de/195>

#### Schritt 1: Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen, unterschreiben und abschicken

Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <https://kassensuche.de/antrag/195>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

**Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt**

#### Schritt 2: Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

### Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

**Hinweise:** Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.

Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz)

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

**1. PERSÖNLICHE ANGABEN**

Vorname _____		Name _____		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	
Geburtsdatum _____		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Name der Krankenkasse des Ehegatten* _____	
Straße Hausnummer _____		<input type="checkbox"/> divers		Rentenversicherungsnummer _____	
PLZ Ort _____		Geburtsname _____		Staatsangehörigkeit _____	
Telefon* _____		E-Mail* _____		Geburtsort _____	
				Geburtsland _____	

**2. ICH BIN/ICH WERDE**

Arbeitnehmer/in (mtl. Einkommen über 538,00 €)

Auszubildende/r

freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in  
 Meine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge  
 zahlt der Arbeitgeber  
 zahle ich selbst, meine Steuer-ID lautet: \_\_\_\_\_

Ich gehöre zu folgendem Personenkreis und benötige eine Versicherung als:

Student/in/Praktikant/in  Rentner/in/Rentenantragsteller/in

Selbstständige/r  Bezieher von Arbeitslosengeld I\*\*

Bezieher von Arbeitslosengeld II\*\* /Bürgergeld\*\*

Sonstige (z. B. Beamte/r, Sozialhilfeempfänger/in):\*\* \_\_\_\_\_

**3. ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG**

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn \_\_\_\_\_

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert.  
 Ich bin Gesellschafter/in und/oder Geschäftsführer/in.

**4. EINKOMMENSANGABEN**

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung)\*\*

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ausländische Rente\*\*

Meine Einnahmen übersteigen regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2024: 69.300,00 € pro Jahr, 5.775,00 € pro Monat)

Ja  Nein

**5. ANGABEN ZUR LETZTEN VERSICHERUNG**

Ich war zuletzt:

pflichtversichert  familienversichert

freiwillig versichert  privat versichert

im Ausland: \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name der letzten Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_  
 Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte Ihrer aktuellen Krankenkasse.

**6. ANGABEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG**

Ich möchte Angehörige (z. B. Kinder, Ehegatte) kostenlos mitversichern: Antrag  liegt bei  bitte zusenden

**7. ANGABEN SERVICEPARTNER (wird vom Servicepartner ausgefüllt!)**

Vermittlernummer \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**8. UNTERSCHRIFT**

Ich bin einverstanden, dass ich von der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER Informationen per Telefon oder E-Mail bekomme. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.bkkgs.de/datenschutz](http://www.bkkgs.de/datenschutz).

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sofort verständigen.

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis [§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X]:** Die Erhebung der vorstehenden Angaben (Sozialdaten) ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zulässig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

\* Freiwillige Angaben \*\* Bitte Bescheid beifügen

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

Arbeitgeber

Empfänger (z.B. „Personalabteilung“)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Absender:**

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Personalnummer:  
Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

krankenversichert sein.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift