

Mitglied werden bei der BKK VBU

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/211>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz

Wichtig: Senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse zu.



MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum _____ Mitglied der BKK-VBU werden.

Hinweis: Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der BKK-VBU beginnt auch die Mitgliedschaft in der Pflegekasse der BKK-VBU.

PERSONALIEN (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Rentenversicherungsnummer Die Rentenversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Name _____ Vorname _____
Straße _____ Postleitzahl, Ort _____
Geschlecht m / w Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Geburtsname _____ Familienstand _____
Staatsangehörigkeit _____ eMail _____
Telefonnummer (privat) _____ Telefonnummer (geschäftlich) _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Ich bin... Arbeitnehmer/in Auszubildende/r selbstständig als _____ sonstiges: _____
 Student/in Rentner/in (Bitte fügen Sie eine Kopie des letzten Rentenbescheides bei) arbeitslos seit: _____ (Bitte fügen Sie eine Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides bei)

Ich war innerhalb der letzten 18 Monate...
von _____ bis _____ Name und Sitz der Krankenkasse _____

	pflucht- versichert	freiwillig- versichert	familien- versichert
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich war innerhalb der letzten 18 Monate nicht gesetzlich krankenversichert.

Ich bin auf Antrag befreit...

von der Krankenversicherungspflicht von der Pflegeversicherungspflicht (Bitte Nachweis beifügen)

Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (Versorgungsbezüge/Betriebsrente):

ja nein

ARBEITGEBER

Name _____
Straße _____ Postleitzahl, Ort _____
Ansprechpartner Personalabteilung _____ Telefonnummer _____
beschäftigt seit _____ Beschäftigungsort _____
tätig als _____ Betriebsnummer _____
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert nein ja Verwandtschaftsgrad _____
Ich bin an der Firma/Gesellschaft beteiligt nein ja Beteiligungsform _____

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich habe Angehörige, die beitragsfrei familienversichert werden sollen.

Der ausgefüllte Antrag liegt bei.
 Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort verständigen.

Datum, Unterschrift _____

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe Ihrer Telefonnummer/eMail ist freiwillig.

über gesetzlicheKrankenkassen.de
051386



über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift