

Mitglied werden bei der Deutsche BKK

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/214>
 - 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
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Angaben des Außendienst-Mitarbeiters:

Name _____
 Vorname _____
 Nr. _____ - _____

Versicherungsantrag

Kündigungsbestätigung ist beigefügt!

(Bitte in Blockschrift ausfüllen oder zutreffende Felder ankreuzen)

Ab _____ **möchte ich Mitglied der Deutschen BKK werden.** (Bitte gewünschtes Eintrittsdatum eintragen)

Name _____ Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Vorname _____ männlich weiblich Rentenversicherungs-Nummer (falls bekannt) _____
 Straße _____ Haus-Nr. _____ Telefonisch tagsüber erreichbar _____
 PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden seit _____ Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist selbst versichert bei _____

Tätigkeit

Beschäftigte/r Auszubildende/r Student/in (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
 sonstige (z. B. Hausfrau, Schüler, arbeitslos, etc.) _____
 selbstständig/freiberuflich (Bitte letzten Steuerbescheid und Gewerbeanmeldung beifügen) Rentner/in (Bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen)

Arbeitgeber

Firmenname _____ Telefon-Nr. der Personalabteilung (falls bekannt) _____
 Straße _____ Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____
 Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
 Ich bin Gesellschafter/Geschäftsführer eines Unternehmens Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus

Vorversicherung

von _____ bis _____ Name der Krankenkasse _____ selbst versichert familienversichert
 (Bitte Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen)

Bonusprogramm

Ja, ich möchte am Bonusprogramm teilnehmen, bitte schicken Sie mir die entsprechenden Unterlagen zu.

Antragssteller

Datum _____ Ort _____
 Unterschrift _____

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch SGB X): Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert (§ 284 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)). Die Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Auch wenn ausschließlich die Kinder familienversichert werden sollen, benötigen wir (bis auf die „Sonstigen Angaben“) alle Angaben des Ehegatten.

| | Ehegatte | 1. Kind | 2. Kind | 3. Kind |
|---|--|---|---|---|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Rentenversicherungsnummer <i>(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)</i> | | | | |
| Geburtsname | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Geburtsland | | | | |
| Staatsangehörigkeit <i>(Fügen Sie bitte die Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben. Bei Neugeborenen bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen.)</i> | | | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| ggfs. vom Mitglied abweichende Anschrift | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | Leiblicher Elternteil der nebenstehend genannten Kinder <input type="checkbox"/> nein welches Kind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind |

| Angaben zur letzten bisherigen oder weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung endete am: | | | | |
| bestand bei (Name der Krankenkasse): | | | | |
| Art der bisherigen Versicherung: | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde | | | | |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Versicherung) | | | | |

| Sonstige Angaben zu Familienangehörigen | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit - monatlich (Bitte Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheids beifügen) | € | € | € | € |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung - monatlich | € | € | € | € |
| Wird Arbeitslosengeld II bezogen? (Bitte Bescheid beifügen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten - monatlicher Zahlbetrag | € | € | € | € |
| Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) | Art der Einkünfte € | Art der Einkünfte € | Art der Einkünfte € | Art der Einkünfte € |
| Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen) | | von bis | von bis | von bis |
| Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) | | von bis | von bis | von bis |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommenssteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

| | | |
|------------|----------------------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift des Mitglieds | ggf. Unterschrift des Familienangehörigen |
| | | |

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zu den Angaben und die Datenhaltung zu tätigen. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

über gesetzliche Krankenkassen.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