

Mitglied werden bei der BKK Achenbach Buschhütten

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/227>
 - 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

ICH MÖCHTE MITGLIED DER BKK ACHENBACH BUSCHHÜTTEN WERDEN

<i>Beitrittserklärung zum</i>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>

	<i>PLZ</i>	
<i>Straße, Hausnummer</i>		<i>Ort</i>

<i>Staatsangehörigkeit</i>	<i>Telefonnummer (Festnetz/Mobil)*</i>	<i>Email-Adresse *</i>

	<i>Sofern noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde, bitte Geburtsort und Geburtsname angeben</i>		
<i>Rentenversicherungsnummer</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Familienstand</i>	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	

<i>Krankenversichertennummer</i>

<i>Name der Bank oder Sparkasse*</i>

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">IBAN*</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 90%;"></td> </tr> </table>	IBAN*		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">BIC* des Kreditinstituts</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 90%;"></td> </tr> </table>	BIC* des Kreditinstituts	
IBAN*					
BIC* des Kreditinstituts					

Ich war zuletzt versichert als	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Bezieher Arbeitslosengeld I/II	<input type="checkbox"/> Rentner
<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> im Ausland versichert	<input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung ist beigefügt	

<i>Zeitraum von</i>	<i>Zeitraum bis</i>	<i>Name der Krankenkasse</i>

Ich beziehe Rente (Waisenrente, Hinterbliebenenrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Altersrente) Ja Nein

Arbeitgeber

<i>Mein Arbeitgeber</i>

<i>Anschrift/Postfach</i>

<i>Postleitzahl, Ort</i>

	Auszubildender	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Ausgeübte Tätigkeit / Beruf</i>			

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung.

<input type="checkbox"/> Meine Steueridentifikationsnummer (IdNr.) lautet:	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Die geforderte IdNr. liegt nicht griffbereit zur Hand. Bitte fordern Sie die IdNr. beim Bundeszentralamt für Steuern an.											

Familienservice

<input type="checkbox"/> Meine Familienangehörigen sollen beitragsfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir einen Familienfragebogen zu.
<input type="checkbox"/> Mein(e) Ehemann / Ehefrau ist selbst Mitglied einer anderen Kasse und möchte auch bei Ihnen versichert werden. Bitte nehmen Sie deshalb mit uns Kontakt auf.

<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift</i>

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben in den mit * gekennzeichneten Feldern sind freiwillig.

BKK Achenbach Buschhütten, Siegener Straße 152, 57223 Kreuztal

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