

## Mitglied werden bei der BKK Melitta Plus

### 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/236>
  - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

als  Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied**Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN: DE 

Telefon\*/ Handy-Nr.\*: \_\_\_\_\_

Ich bin bis zum Wechseln der Krankenkasse  
(Angaben für die letzten 18 Monate) Pflichtmitglied  
 freiwilliges Mitglied

Versichert bei: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

 männlich  weiblich  
 ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Rentenversicherungsnummer:

wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden,

 bitte Sozialversicherungsausweis beantragen

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

 im Rahmen einer Familienversicherung krankenversichert  
 privat/ nicht gesetzlich krankenversichert - bitte Bescheid beifügen - Kündigung zum: \_\_\_\_\_**! WICHTIG: Bitte Kündigungsbestätigung beifügen**

Ich bin ab dem Wechsel der Krankenkasse

 Beschäftigte(r)  
 Selbstständige(r) Auszubildende(r)  BFD/ FSJ/ FÖJ  
 Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen Student(in)  
 Rentner(in)Ich befinde mich in Elternzeit  nein  ja, bitte Bescheinigung beifügenMein Ehegatte ist privatversichert  nein  ja, bitte letzte Jahresverdienstbescheinigung beifügenIch bin Student(in) oder Meisterschüler(in)  nein  ja  FH  Uni Anzahl Fachsemester: \_\_\_\_\_ Meisterschule bis: \_\_\_\_\_Ich habe einen Rentenantrag gestellt  nein  jaIch beziehe eine Rente  nein  ja, bitte Rentenbescheid beifügenIch beziehe Versorgungsbezüge/ Betriebsrenten  nein  ja, bitte Bescheide beifügenIch bin von der Renten- oder Pflegeversicherung befreit  nein  ja, bitte jeweils Befreiungsbescheide beifügenIch habe Kinder  nein  jaIch möchte Ehegatte/ Kinder familienversichern  nein  ja, bitte Fragebogen „Aufnahme in die Familienversicherung“ ausfüllen**Einwilligung zur Datennutzung:** Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über eine BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.  
 ja, ich bin damit einverstanden  nein, ich bin damit nicht einverstanden**Datenübermittlung an die Finanzverwaltung:** Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie evtl. erfolgte Beitragserstattungen oder ausgeschüttete Prämienzahlungen der Finanzverwaltung meldet, damit diese Beträge steuerlich berücksichtigt werden können. Nach dem Bürgerentlastungsgesetz ist die BKK zur Meldung verpflichtet, soweit eine Einwilligung des Versicherten vorliegt. **Bitte beachten Sie, dass Ihnen steuerliche Nachteile entstehen können, wenn Sie der Datenübermittlung nicht zustimmen!**  
 ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden. **Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet:** **Mein Arbeitgeber ab dem Wechsel der Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresentgeltgrenze:

 ja  nein  Selbstzahler  FirmenzahlerBetriebsnummer: **Ort, Datum****Zusenden oder Faxen: 04731 9334-220****Unterschrift**

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

**Ich wurde geworben von/ Werbepremie\*\*** (Gilt nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr. oder Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

IBAN: DE 

BIC: \_\_\_\_\_

ServiceCenter Minden  
Marienstraße 122  
32425 MindenServiceCenter Nordenham  
Friedrich-Ebert-Straße 86  
26954 NordenhamServiceCenter Bünde  
Bahnhofstraße 8  
32257 Bünde

Telefon: 04731 9334-126 • Fax: 04731 9334-220

Immer an meiner Seite

mitgliedschaft@bkk-melitta.de • www.bkk-melitta-plus.de



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