

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 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

➔ Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied werden ab

als Pflichtmitglied

freiwilliges Mitglied

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN:

Telefon*/ Handy-Nr.*: _____

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

Versichert bei: _____ seit: _____

Ich bin **ab dem Wechsel der Krankenkasse** Beschäftigte(r) Selbstständige(r)

Ich befinde mich in Elternzeit nein

Mein Ehegatte ist privatversichert nein

Ich bin Student(in) oder Meisterschüler(in) nein ja FH

Ich habe einen Rentenantrag gestellt nein

Ich beziehe eine Rente nein

Ich beziehe Versorgungsbezüge/ Betriebsrenten nein

Ich bin von der Renten- oder Pflegeversicherung befreit nein

Ich habe Kinder nein

! Ich möchte Ehegatte/ Kinder familienversichern nein

männlich weiblich ledig verheiratet geschieden verwitwet

Rentenversicherungsnummer:

wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden,

bitte Sozialversicherungsausweis beantragen

Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

BIC: _____

E-Mail*: _____

im Rahmen einer Familienversicherung krankenversichert privat/ nicht gesetzlich krankenversichert - bitte Bescheid beifügen -

Kündigung zum: _____

! **WICHTIG: Bitte Kündigungsbestätigung beifügen**

Auszubildende(r) BFD/ FSJ/ FÖJ Student(in) Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen Rentner(in)

ja, bitte Bescheinigung beifügen

ja, bitte letzte Jahresverdienstbescheinigung beifügen

Uni Anzahl Fachsemester: _____ Meisterschule bis: _____

ja

ja, bitte Rentenbescheid beifügen

ja, bitte Bescheide beifügen

ja, bitte jeweils Befreiungsbescheide beifügen

ja

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 Firmenzahler

Betriebsnummer:

➔ 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: BIC: _____

ServiceCenter Minden
Marienstraße 122
32425 Minden

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Straße 86
26954 Nordenham

ServiceCenter 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



* freiwillige Angaben
** Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden

angefordert KB angef. Kopie Fam. MB an AG BKK-Vermerk: fehlende

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