

## Mitglied werden bei der BKK Diakonie

### 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/259>
  - 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)

# Beitrittserklärung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- Ich möchte zum ..... (Datum) Mitglied der BKK Diakonie werden.
- Ich möchte zum nächstmöglichen Zeitpunkt Mitglied der BKK Diakonie werden.

## Persönliche Angaben

Name ..... Vorname .....

Straße, Nr. .... PLZ, Ort .....

Telefon ..... E-Mail .....

Geschlecht  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit .....

Familienstand  ledig  verheiratet  verwitwet  eingetragene  getrennt lebend  geschieden seit .....  
Lebenspartnerschaft

Haben Sie Kinder?  ja  nein

Rentenversicherungsnummer ..... Geburtsdatum .....

Geburtsname ..... Geburtsort und -land .....

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

In den letzten 18 Monaten war ich:

- pflichtversichert  freiwillig versichert
- familienversichert  nicht gesetzlich versichert (privat)

bei der Krankenkasse ..... Ort .....

Eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse:  füge ich bei  reiche ich nach

Ich bin beschäftigt bei der Firma (bitte mit Adresse angeben) .....

.....

.....

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert.

Ich bin an der Firma beteiligt.

Mein monatliches Arbeitseinkommen beträgt ..... EUR (brutto).

- Ich bin Student. (In diesem Fall erhalten Sie von uns einen gesonderten Antrag).
- Ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit:  ALG  ALG II Kundennr./Agentur .....
- Ich habe einen Rentenanspruch gestellt.
- Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine Auslandsrente. (Bitte Rentenbescheid in Kopie beifügen.)
- Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension, Direktversicherung o. Ä.). (Bitte Bescheide in Kopie beifügen.)
- Ich nehme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen (DMP) teil.
- Ich bin zurzeit arbeitsunfähig.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Datenschutzhinweis:** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

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