

Mitglied werden bei der actimonda krankenkasse

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/45>
 - 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
- 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.

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

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

Ja, ich werde zum _____ (Datum) Mitglied der **actimonda krankenkasse**.

Herr Frau Anredezusatz _____

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert

Rentenversicherungsnummer

bisherige
Krankenversicherungsnummer

Steuer-Identifikationsnummer

Anzahl der Kinder _____, davon sind _____ (gemeinsame) unterhalt-
berechtigte Kinder

mein Ehe-/Lebenspartner ist: gesetzlich krankenversichert
 privat krankenversichert

Ich bin ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)

Schüler(in) Beamter(in) Rentner/Pensionär

Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II

Selbstständige(r) (Bitte Rückseite ausfüllen)

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule

Betriebsnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

beschäftigt seit/studiere ab

mtl. Bruttoentgelt (Euro)

Ich habe eine weitere Beschäftigung

Ich bin (zusätzlich) seit _____ selbstständig erwerbstätig

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug)

Ich war zuletzt ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

familienversichert

privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen.)

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung (Einzugsermächtigung erforderlich, s. Rückseite.)

Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/
Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

Familie

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.
(Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)

Anzahl der Kinder, davon sind _____ (gemeinsame)
unterhaltsberechtigte Kinder.

BONUSPROGRAMM Ihrer actimonda krankenkasse

Ja, ich möchte allein Bonuspunkte sammeln.

Ja, ich möchte gemeinsam mit meiner Familie Bonuspunkte sammeln.

Anzahl Bonusheft Erwachsene?

Anzahl Bonusheft Kinder?

Meine Empfehlung

Nachfolgende Person möchte Informationen (auch gerne telefonisch)
zur Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse**

Name, Vorname

Telefon

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Mit der Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse** beginnt grundsätzlich auch die Versiche-
rung in der Pflegeversicherung der **actimonda krankenkasse**. Die Angaben sind zur Erfüllung
der Aufgaben der **actimonda krankenkasse** erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften
des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ohne Angabe der
notwendigen Daten ist eine ordnungsgemäße Abwicklung des Versicherungsverhältnisses nicht
möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Mit Ihrer
Unterschrift erklären Sie sich mit der zu dem vorgenannten Zweck notwendigen Verarbeitung und
Nutzung Ihrer Daten einverstanden. Zugleich bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit
sämtlicher Angaben auf diesem Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass die **actimonda krankenkasse** meine Daten im Zusammen-
hang mit der Empfehlung nutzt und speichert. Der Interessent (meine Empfehlung) ist damit
einverstanden, dass seine oben genannten Daten gespeichert und genutzt werden, um ihn infor-
mieren und beraten zu können, und er zu diesen Zwecken angerufen wird. Dem Interessenten
und mir ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können.



Ort, Datum

Unterschrift

actimonda krankenkasse

Hüttenstraße 1 | 52068 Aachen

Fon 0241 90066-0 | Fax 0241 90066-9100

info@actimonda.de | www.actimonda.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