

Mitglied werden bei der actimonda Krankenkasse

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/45>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

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. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt.

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

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versicherung sein. Die von mir neu gewählte Krankenkasse wird Ihnen nach erfolgreichem Wechsel natürlich die entsprechende Bestätigung darüber noch direkt zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift