

Mitglied werden bei der BKK DürkoppAdler

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/261>
 - 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

Ich erkläre meine Mitgliedschaft zum

Angaben zur Person: Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsname

Straße, Hausnummer

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Rentenversicherungsnummer

Bundeseinheitliche Versichertennummer
(Diese finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte)

Geburtsdatum

Geburtsort/Land

Staatsangehörigkeit

Bankverbindung (freiwillige Angabe)

IBAN/BIC/Geldinstitut

Angaben für die Familienversicherung:

Familienstand

Kinder: Ja Nein

Ich habe Angehörige, die bei der BKK_DürkoppAdler familienversichert werden sollen Ja* Nein

Mein Ehegatte ist gesetzlich versichert Nein Ja, bei (Name der Krankenkasse)

*Füllen Sie bitte den beigelegten Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung aus.

Ich bin/ich beziehe: Mehrfachnennungen möglich, bitte alles Zutreffende angeben (z.B. bei Arbeitnehmern, die nebenher auch selbständig tätig sind und/oder eine Rente beziehen o.Ä.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II* | <input type="checkbox"/> Beamter |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versicherter Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Selbstständiger | <input type="checkbox"/> eine Rente oder einen Versorgungsbezug aus dem Ausland* |
| <input type="checkbox"/> Auszubildender | <input type="checkbox"/> Rentner und/oder Versorgungsbezieher* | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I* | <input type="checkbox"/> Student | *Bitte Bewilligungsbescheid beifügen |
| <input type="checkbox"/> Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre eine einmalige Kapitalauszahlung aus einer betriebl. Altersversorgung erhalten (z.B. Direktversicherung) | | |

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

Name des Arbeitgebers

Beschäftigt ab/seit

Monatliches Bruttoentgelt

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin: mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert/verheiratet Ja Nein am Unternehmen (gesellschaftlich) beteiligt Ja Nein

Angaben zum bisherigen Versicherungsverhältnis:

Name der letzten Krankenkasse

pflichtversichert familienversichert privat versichert

PLZ, Ort

freiwillig versichert: die Beiträge zahle ich selbst
 die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber gezahlt

von bis

Bei Krankenkassenwechsel: Die Kündigungsbestätigung füge ich bei
 reiche ich nach

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Hier bin ich auf die BKK_DürkoppAdler aufmerksam geworden:

- Freunde und Bekannte
- Werbung (Plakate/Straßenbahn)
- Internet
- Anzeige (Zeitung/Magazin)
- Veranstaltung:
- Sonstiges:

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