

Mitglied werden bei der atlas BKK ahlmann

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/316>
 - 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
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Mitgliedschaftsantrag über gesetzlicheKrankenkassen.de



*Ihre Krankenkasse
mit Herz und Verstand*

Ja, ich werde Mitglied ab dem _____ bzw.
zum nächstmöglichen Termin.

Ihre persönlichen Angaben

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="text"/>
Telefon ¹	<input type="text"/>	E-Mail ¹	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer	<input type="text"/>	Steueridentifikationsnummer	<input type="text"/>

Ja, der Übermittlung meiner Beiträge an die Finanzverwaltung stimme ich zu.

Wie waren Sie bisher versichert?

pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert im Ausland

Wo waren Sie bisher versichert?

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ versichert bei der _____
(Name und Sitz der Krankenkasse)

Ich habe meine Krankenkasse zum _____ gekündigt. Die Kündigungsbestätigung liegt bei. reiche ich nach.

Angaben zu Ihrer Versicherung bei uns*

Ich bin Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Künstler/in Rentner/in Rentenantragsteller/in
 Bezieher/in von Arbeitslosengeld Bezieher/in von Arbeitslosengeld II Sonstiges (z. B. FSJ, FÖJ)

Name Arbeitgeber/ Arbeitsagentur/ Jobcenter/ Rentenversicherung

Betriebsnummer/ Kundennummer Ich bin mit dem Arbeitgeber verheiratet verwandt

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort Telefon, Ansprechpartner/in

Beziehen Sie zusätzlich folgende Einnahmen?*

Nein Ja, und zwar: Rente/n Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/ Pension) gesetzliche Rente/n aus dem Ausland
 Arbeitseinkommen (selbständige Tätigkeit) Grundsicherung/ Sozialgeld/ Hilfe zum Lebensunterhalt

Sonstiges

- Ja, ich wünsche die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen, die nicht selbst krankenversichert sind.
- Ja, ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die atlas BKK ahlmann meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Leistungen und Services der atlas BKK ahlmann – auch telefonisch und per E-Mail oder Fax – zu informieren.
- Ja, ich möchte den Newsletter der atlas BKK ahlmann erhalten. Bitte nutzen Sie zu diesem Zweck die oben genannte E-Mail-Adresse.

Datum, Unterschrift

Kundenberater/in

Nutzen Sie die Chance und teilen Sie uns wichtige Besonderheiten mit. Wir kümmern uns um den Rest!

(zum Beispiel: Bezug von Krankengeld, wichtige Hilfsmittel, bereits genehmigte Dauerbehandlungen, mehrere Arbeitgeber, Zuzahlungsbefreiung, etc.)

***Bitte denken Sie daran, aktuelle Bewilligungsbescheide und Nachweise beizufügen. Herzlichen Dank.**

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich und beruht auf § 175 i. V. m. § 284 Sozialgesetzbuch V und § 50 i. V. m. § 94 Sozialgesetzbuch XI. Die Angabe Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche

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