

## 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](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)

# Mitgliedschaftsantrag

über GesetzlicheKrankenkassen.de



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

## Ihre persönlichen Angaben

Geschlecht  weiblich  männlich

Familienstand

Name	<input type="text"/>	Telefon <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	E-Mail <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Krankenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	Steueridentifikationsnummer	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer PLZ, Ort	<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  Ehegattin/ Ehegatte  Nachkomme des Arbeitgebers

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.
- hiermit beantrage ich einen Sozialversicherungsausweis.
- 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 unterliegen den geltenden rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter: [www.aBKka.de/datenschutz](http://www.aBKka.de/datenschutz).

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://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