

Mitglied werden bei der KNAPPSCHAFT

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/336>
 - 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

für die Kranken- und Pflegeversicherung
 über gesetzlicheKrankenkassen.de

Kostenfreies Servicetelefon: 0 800 7245 900

Faxnummer: 0 800 7245 901

E-Mail: kundenservice-info@knappschaft.de

www.knappschaft.de

Ja, ich möchte ab ____ . ____ . ____ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Name		Vorname	Staatsangehörigkeit
Geburtsdatum		Geburtsort	Geburtsname
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Telefonnummer*	E-Mail* <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren.**		
Familienstand*: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet			

ANGABEN ZUM BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Ich bin seit dem / ab _____ bei der _____	
Name und Anschrift der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am _____	
Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.	
Kündigungsbestätigung <input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ich bin seit dem _____ bei _____ <small>Name des Krankenversicherungsunternehmens</small> privat versichert	

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

Ich bin	
<input type="checkbox"/> seit dem / ab _____	beschäftigt
bei _____ <small>Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer</small>	
<input type="checkbox"/> seit dem _____	selbstständig tätig
<input type="checkbox"/> Rentner / Rentnerin - Bitte Anlage für Rentenbezieher ausfüllen -	
<input type="checkbox"/> Student / Studentin - Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen -	
<input type="checkbox"/> seit dem _____	arbeitslos und erhalte / erwarte <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (Hartz IV)***

WEITERE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben).
--

Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von _____ Uhr bis _____ Uhr, Rufnummer* _____

Datum Unterschrift

* Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

** Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT meine oben genannten Daten intern zu dem oben genannten Zweck speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel.

*** Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.

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