

Mitglied werden bei der BKK24

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/75>
 - 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



Mitgliedsantrag bei Versicherungspflicht

Beginn der Mitgliedschaft*	KV-Nr. Elektronische Gesundheitskarte	Rentenversicherungs-Nr.
----------------------------	---------------------------------------	-------------------------

* oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Titel	Name, Vorname
-------	---------------

Geburtsdatum	Geburtsort*	Geburtsname*
--------------	-------------	--------------

Straße und Hausnummer	
-----------------------	--

PLZ	Wohnort
-----	---------

Telefon tagsüber	eMail
------------------	-------

Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Staatsangehörigkeit
---	--	---------------------

* wenn noch keine Rentenvers.-Nr. vergeben wurde

Mein Ehegatte ist nicht gesetzlich versichert (z.B. privat)
 gesetzlich krankenversichert bei _____

Ich war zuletzt krankenversichert

von-bis _____ bei _____ als Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied privat versichert

Wichtig: Bitte Original der Kündigungsbestätigung oder Kopie der Versicherungspolice beifügen!

familienversichert von-bis _____ bei _____

Name des Mitglieds _____ Geb.-Datum _____

Wichtig: Bitte Versicherungsbescheinigung beifügen!

unmittelbar vor Versicherungsbeginn bin ich aus dem Ausland zurückgekehrt

Wichtig: Bitte Meldebestätigung beifügen!

Angaben zum Arbeitgeber

Name

Straße und Hausnummer

PLZ	Ort
-----	-----

Telefonnummer des Arbeitgebers	Betriebsnummer*	beschäftigt seit
--------------------------------	-----------------	------------------

*sofern möglich erfragen Sie die Betriebsnummer bitte bei dem Personalverantwortlichen

Ich bin

seit

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Auszubildender | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Empfänger von | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I* | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II* |
| <input type="checkbox"/> Praktikant | <input type="checkbox"/> Künstler/Publizist | <input type="checkbox"/> Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme* |
| <input type="checkbox"/> Rentner* | <input type="checkbox"/> Rentnantragsteller | |

zuständiger Rentenversicherungsträger: _____

Art der Rente: _____

Ich erhalte Versorgungsbezüge/Betriebsrente* *Bitte Unterlagen in Kopie beifügen

Familienversicherung

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern.
Bitte schicken Sie mir einen Familienfragebogen zu.

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 173 bis 175, 226, 234 bis 237 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 28 o Abs. 2 SGB IV, § 206 verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nummer und der eMail-Adresse ist freiwillig.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift

über gesetzlicheKrankenkassen.de - VPS XX82

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