

Mitglied werden bei der BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg

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://wiwo.kassensuche.de/antrag/114>
 - 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 WERDE MITGLIED DER BKK SBH

Mitgliedschaftsbeginn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer (bitte unbedingt angeben)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen*	
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail-Adresse*	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Anlagen ausfüllen	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum	Geburtsort	
Geburtsname		Staatsangehörigkeit	

LICHTBILD
für die Gesundheitskarte



Laden Sie einfach Ihr aktuelles Lichtbild hoch:
www.bkk-sbh.de/eqk

Angaben zum bisherigen Versicherungsschutz

meine bisherige Krankenkasse/Ort	Versicherungsart <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privatversichert
Versicherungszeit vom _____ bis _____	

Arbeitnehmer/-in

Name des Arbeitgebers
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Betriebsnummer / Ansprechpartner im Betrieb
Beginn der Beschäftigung
Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens in Euro <input type="checkbox"/> bis zu 5.400,00 € <input type="checkbox"/> 5.400,01 € bis 62.550,00 € <input type="checkbox"/> über 62.550,00 €
beschäftigt als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r

Selbständig

Ich erziele Arbeitseinkommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab/seit: _____	
Art der Tätigkeit / Gesellschaftsform _____	
Dauer der Tätigkeit _____ Stunden pro Woche	Arbeitseinkommen im Durchschnitt _____ € pro Monat

Rentner/-in, Rentenantragsteller/-in

Rentenart	Rentenzeichen
Rentenversicherungsträger _____	

Student/-in

an folgender Hoch-/Fachhochschule _____	
voraussichtlich bis _____	Ich bin in folgendem Fachsemester _____

Arbeitslos

ab/seit _____
Kundennummer _____
Name des Leistungsträgers _____
Anschrift/Ort des Leistungsträgers _____

Bankverbindung* (für evtl. Auszahlungen an Sie)

Geldinstitut _____	BIC _____
IBAN _____ (BLZ) _____	(Kontonummer) _____

Datenübermittlung und Einwilligungen

Die BKK SBH übermittelt meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 10 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2b EStG an die zuständige Stelle der Finanzverwaltung.

Meine Steuer-ID: _____

Ja, die BKK SBH soll die Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mich die BKK SBH schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

Empfehlungsprämie an: _____	Beratung durch Vermittler: _____ intern SBID
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Nr.: _____
Anschrift: _____	

Unterschrift

Ort, Datum _____
Unterschrift _____

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V, § 93 SGB XI i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage: www.bkk-sbh.de/datenschutz/

Alle Vorteile und Infos unter
www.bkk-sbh.de

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)



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