

Mitglied werden bei der BKK Melitta Plus

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/236>
 - 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

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN:

DE																					
		BLZ				Stadt				Land				BIC							

Telefon*/ Handy-Nr.*: _____
Ich bin **bis zum Wechseln der Krankenkasse** (Angaben für die letzten 18 Monate) Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied
Versichert bei: _____ seit: _____

männlich weiblich
 ledig verheiratet geschieden verwitwet
Rentenversicherungsnummer:

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

wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden,
 bitte Sozialversicherungsausweis beantragen
Geburtsort: _____
Geburtsname: _____
E-Mail*: _____

Ich bin **ab dem Wechsel der Krankenkasse** Beschäftigte(r) Auszubildende(r) BFD/ FSJ/ FÖJ Student(in)
 Selbstständige(r) Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen Rentner(in)
Ich befinde mich in Elternzeit nein ja, bitte Bescheinigung beifügen
Mein Ehegatte ist privatversichert nein ja, bitte letzte Jahresverdienstbescheinigung beifügen
Ich bin Student(in) oder Meisterschüler(in) nein ja FH Uni Anzahl Fachsemester: _____ Meisterschule bis: _____
Ich habe einen Rentenantrag gestellt nein ja
Ich beziehe eine Rente nein ja, bitte Rentenbescheid beifügen
Ich beziehe Versorgungsbezüge/ Betriebsrenten nein ja, bitte Bescheide beifügen
Ich bin von der Renten- oder Pflegeversicherung befreit nein ja, bitte jeweils Befreiungsbescheide beifügen
Ich habe Kinder nein ja
! Ich möchte Ehegatte/ Kinder familienversichern nein ja, bitte Fragebogen „Aufnahme in die Familienversicherung“ ausfüllen

Einwilligung zur Datennutzung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über eine BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin damit nicht einverstanden
Datenübermittlung an die Finanzverwaltung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie evtl. erfolgte Beitragserstattungen oder ausgeschüttete Prämienzahlungen der Finanzverwaltung meldet, damit diese Beträge steuerlich berücksichtigt werden können. Nach dem Bürgerentlastungsgesetz ist die BKK zur Meldung verpflichtet, soweit eine Einwilligung des Versicherten vorliegt. **Bitte beachten Sie, dass Ihnen steuerliche Nachteile entstehen können, wenn Sie der Datenübermittlung nicht zustimmen!** ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden. Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet:

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

Mein Arbeitgeber ab dem Wechsel der Krankenkasse
Name: _____ seit: _____
Straße: _____ Telefonnummer: _____
PLZ, Ort: _____ Ansprechpartner: _____
Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresentgeltgrenze:
 ja nein Selbstzahler Firmenzahler Betriebsnummer:

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

Zusenden oder Faxen: 04731 9334-220
Unterschrift
Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Ich wurde geworben von/ Werbepremie** (Gilt nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war)
Name, Vorname: _____ Mitglieds-Nr. oder Geburtsdatum: _____
IBAN:

DE																					
		BLZ				Stadt				Land				BIC							

BIC: _____

ServiceCenter Minden | **ServiceCenter Nordenham** | **ServiceCenter Bünde**
Marienstraße 122 | Friedrich-Ebert-Straße 86 | Bahnhofstraße 8
32425 Minden | 26954 Nordenham | 32257 Bünde



* freiwillige Angaben
** Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.
angefordert KB angef. Kopie Fam. MB an AG
BKK-Vermerk: fehlende angefordert KB angef. Kopie Fam. MB an AG

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