

## Mitglied werden bei der actimonda krankenkasse

### 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/45>
  - 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)

Ja, ich werde zum \_\_\_\_\_ (Datum) Mitglied der **actimonda krankenkasse**.

Herr  Frau Anredezusatz \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  verpartnert

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

bisherige  
Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_, davon sind \_\_\_\_\_ (gemeinsame) unterhaltsberechtigter Kinder

mein Ehe-/Lebenspartner ist:  gesetzlich krankenversichert  
 privat krankenversichert

### Ich bin ...

Arbeitnehmer(in)  Auszubildende(r)  Student(in)

Schüler(in)  Beamter(in)  Rentner/Pensionär

Arbeitslosengeld I  Arbeitslosengeld II

Selbstständige(r) (Bitte Rückseite ausfüllen)

Sonstiges \_\_\_\_\_

Name Arbeitgeber/Hochschule \_\_\_\_\_

Betriebsnummer \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

beschäftigt seit/studiere ab \_\_\_\_\_

mtl. Bruttoentgelt (Euro) \_\_\_\_\_

Ich habe eine weitere Beschäftigung

Ich bin (zusätzlich) seit \_\_\_\_\_ selbstständig erwerbstätig

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug)

### Ich war zuletzt ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

familienversichert

privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen.)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

### Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im \_\_\_\_\_ Fachsemester

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.) \_\_\_\_\_

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung (Einzugsermächtigung erforderlich, s. Rückseite.)

Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/ Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

### Familie

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.  
(Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)

Anzahl der Kinder, davon sind \_\_\_\_\_ (gemeinsame) unterhaltsberechtigter Kinder.

### BONUSPROGRAMM Ihrer actimonda krankenkasse

Ja, ich möchte allein Bonuspunkte sammeln.

Ja, ich möchte gemeinsam mit meiner Familie Bonuspunkte sammeln.

Anzahl Bonusheft Erwachsene?

Anzahl Bonusheft Kinder?

### Meine Empfehlung

Nachfolgende Person möchte Informationen (auch gerne telefonisch) zur Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Mit der Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse** beginnt grundsätzlich auch die Versicherung in der Pflegeversicherung der **actimonda krankenkasse**. Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der **actimonda krankenkasse** erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ohne Angabe der notwendigen Daten ist eine ordnungsgemäße Abwicklung des Versicherungsverhältnisses nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der zu dem vorgenannten Zweck notwendigen Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten einverstanden. Zugleich bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass die **actimonda krankenkasse** meine Daten im Zusammenhang mit der Empfehlung nutzt und speichert. Der Interessent (meine Empfehlung) ist damit einverstanden, dass seine oben genannten Daten gespeichert und genutzt werden, um ihn informieren und beraten zu können, und er zu diesen Zwecken angerufen wird. Dem Interessenten und mir ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können.

X

Ort, Datum

Unterschrift

**actimonda krankenkasse**

Hüttenstraße 1 | 52068 Aachen

Fon 0241 90066-0 | Fax 0241 90066-9100

info@actimonda.de | www.actimonda.de

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://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