

Mitglied werden bei der Bosch BKK

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://wiwo.kassensuche.de/antrag/54>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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

**BOSCH****BKK**über gesetzlicheKrankenkassen.de
(Kassensuche)

Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geburtsname	Geschlecht	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Familienstand	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsangehörigkeit
Name der Bank/BIC ¹	IBAN ¹	
Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	

Versicherungsverhältnis

beschäftigt ab/seit	tätig als
Arbeitgeber	Anschrift
arbeitslos ab/seit (Bitte Unterlagen mit einreichen)	Rentenbezug ab/seit (Bitte Unterlagen mit einreichen)
Versorgungsbezüge (Bitte Unterlagen mit einreichen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betriebsrentenstelle

Sonstige Angaben

Zuletzt war ich versichert von	bis	bei (Name der Krankenkasse)
Ich war zuletzt <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
Die Mitgliedschaft wird beantragt zum		
Mein monatliches Bruttoentgelt beläuft sich auf	<input type="checkbox"/> weniger als 450 Euro	<input type="checkbox"/> mehr als 4.950 Euro

Bild für die elektronische Gesundheitskarte

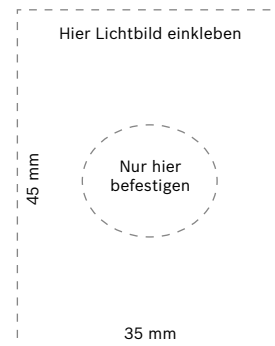
Das Bild für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

reiche ich nach liegt der Bosh BKK vor habe ich im Internet hochgeladen

Im Internet unter www.Bosch-BKK.de/eGK stehen Ihnen weitere Möglichkeiten zur Verfügung: Sie können dort digitale Bilder hochladen oder per Webcam selbst aufnehmen und direkt an uns übermitteln.
Das Foto für die eGK ist für alle Versicherten verpflichtend. Kinder unter 15 Jahren brauchen kein Bild einzureichen. Wenn Sie schon einmal ein Bild eingereicht haben, ist dieses noch gespeichert. In diesem Fall ist es nicht erforderlich, ein weiteres Bild einzureichen.

Mit diesen freiwilligen Angaben helfen Sie uns bei Nachfragen:

Telefonnummer/Mobil	E-Mail
---------------------	--------



Unterschrift

Ich erkläre, dass ich alle Fragen (Vorder- und Rückseite) vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen.
Die Kündigungsbestätigung meiner Kasse lege ich bei.

Ort, Datum	Mitglied
------------	----------

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

Mitversichernde Angehörige

(Angaben sind notwendig, wenn Angehörige mitversichert werden.)

Ehepartner	Name	Vorname	Geburtsname		
	Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort		
	Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	bisherige Krankenkasse		
	selbst versichert	<input type="checkbox"/> Ja, als <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Selbständige, Beamte)	
	eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> mehr als 4.950 Euro	<input type="checkbox"/> Minijob	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Art/Höhe)
	Das Foto für die eGK ⁴	<input type="checkbox"/> wurde im Internet hochgeladen	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		

Kind	Name	Vorname	Geburtsname		
	Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort		
	Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	bisherige Krankenkasse		
	Verwandtschafts- verhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Stiefkind
	eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> bis 435 Euro	<input type="checkbox"/> Minijob	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Art/Höhe)
	Schulbesuch/Studium von/bis ⁵	Das Foto für die eGK ⁴	<input type="checkbox"/> wurde im Internet hochgeladen	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

Kind	Name	Vorname	Geburtsname		
	Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort		
	Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	bisherige Krankenkasse		
	Verwandtschafts- verhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Stiefkind
	eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> bis 435 Euro	<input type="checkbox"/> Minijob	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Art/Höhe)
	Schulbesuch/Studium von/bis ⁵	Das Foto für die eGK ⁴	<input type="checkbox"/> wurde im Internet hochgeladen	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

Kind	Name	Vorname	Geburtsname		
	Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort		
	Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	bisherige Krankenkasse		
	Verwandtschafts- verhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Stiefkind
	eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> bis 435 Euro	<input type="checkbox"/> Minijob	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Art/Höhe)
	Schulbesuch/Studium von/bis ⁵	Das Foto für die eGK ⁴	<input type="checkbox"/> wurde im Internet hochgeladen	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert (§67a SGB X, §§10, 284, 289 SGB V, §§50, 94 SGB XI).

¹ Angaben freiwillig

² Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.

³ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

⁴ Hinweise zum Lichtbild siehe Vorderseite

⁵ Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul-/Studienbescheinigung, bei Wehr- oder Zivildienst bitte Dienstbescheinigung beifügen.

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