

Mitglied werden bei der BKK24

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/75>
- 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

Ich möchte Mitglied der BKK24 werden <input type="checkbox"/> zum nächstmöglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> zum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
Anlass Krankenkassenwechsel <input type="checkbox"/> sofortiger Wechsel <input type="checkbox"/> Wahl der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Erhöhung Zusatzbeitrag bish. Krankenkasse																	
Persönliche Angaben <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers																	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden																	
Name																	
Vorname																	
Straße/Nummer																	
PLZ	Ort																
Nationalität	Telefon*																
E-Mail*																	
Steuer-Identifikationsnummer																	
Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer																	
12-stellige Nummer																	
Geburtsdatum	Geburtsname																
Geburtsort	Geburtsland																
Mein Status/meine Tätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> arbeitslos (ALG I/II) <input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elternzeit <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter/in <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> andere/r Tätigkeit/Status																	
Beziehen Sie eine Rente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.) Erhalten Sie Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Bescheid der Versorgungsstelle bei.)																	
Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter																	
Name																	
Straße/Nr.																	
PLZ	Ort																
Telefon	Betriebsnummer																
	Beginn Beschäftigung/Leistungsbezug																
Angaben zur bisherigen Krankenversicherung																	
Zuletzt versichert vom <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> bei der		T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J										
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitentgeltgrenze																	
<input type="checkbox"/> familienversichert über																	
Name, Vorname																	
Geburtsdatum																	
Versichertennummer																	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Grund		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn Land																	
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.																	
Datum	Unterschrift																

Hinweis zum Datenschutz
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk24.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausshändig bei Fragen zum Datenschutz und den Sie sich an datenschutz@bkk24.de wenden.
über gesetzliche Krankenkassen.de / Kassensuche (WIWO) * freiwillige Angabe

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift