

Mitglied werden bei der BKK SBH

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 <https://wiwo.kassensuche.de/antrag/114>
- 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 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)



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