

## Mitglied werden bei der BKK Melitta Plus

### 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/236>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

<b>Persönliche Angaben</b>			
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
Geburtsname		<input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsdatum		Rentenversicherungsnummer	
Staatsangehörigkeit		wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden, <input type="checkbox"/> bitte Sozialversicherungsausweis beantragen	
Geburtsort			
Anschrift			
E-Mail-Adresse <sup>1</sup>		Telefonnummer <sup>1</sup>	
Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN <sup>1</sup>		weitere Personen mitversichern	
DE _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Abweichender Kontoinhaber		BIC	
		ich habe Kinder	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Unterschrift abweichender Kontoinhaber	

<b>Beschäftigungsart</b>			
<input type="checkbox"/> Beschäftigte*r	<input type="checkbox"/> Auszubildende*r/ Duale*r Student*in	<input type="checkbox"/> BFD/FSJ/FOJ	<input type="checkbox"/> Student*in
<input type="checkbox"/> Selbstständige*r	<input type="checkbox"/> Arbeitslose*r - bitte Bescheid beifügen	<input type="checkbox"/> Rentner*in - bitte Bescheid/e beifügen	<input type="checkbox"/> in Elternzeit - bitte Nachweis beifügen

<b>Angaben zum Arbeitgeber</b>			
Firmenname		Beschäftigt seit / ab	
Firmenanschrift			
Ansprechpartner		Firma Telefonnummer	Firma Faxnummer
Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresentgeltgrenze: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Firmenzahler			

<b>Angaben zur Versicherung als Student*in mit SEPA-Mandat</b> (Bitte eine aktuelle Studienbescheinigung mit Angabe des Fachsemesters beifügen!)			
Name, Ort		<input type="checkbox"/> Universität    Fachrichtung: <input type="checkbox"/> Fachhochschule	
Die fälligen Beträge sollen abgebucht werden: Bankverbindung IBAN		Abweichender Kontoinhaber	
DE _____			
BIC		Unterschrift abweichender Kontoinhaber	

<b>Angaben zum JobCenter / Agentur für Arbeit</b> (bitte aktuellen Bescheid beifügen)			
Name, Ort			

<b>Angaben zur bisherigen Krankenversicherung</b>			
<input type="checkbox"/> eigene Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> eigene freiwillige Versicherung			
Name der Krankenkasse		Versichert seit	Versichert bis
Anschrift der Krankenkasse			

<b>Datenübermittlung an die Finanzverwaltung</b>			
Die BKK ist dazu verpflichtet Ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erfolgte Beitragserstattung oder ausgeschüttete Prämien der Finanzverwaltung zu melden, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können.			
Steueridentifikationsnummer: _____			

Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung. Die Daten, die wir von Ihnen erheben, benötigen wir, um unseren gesetzlichen Aufgaben nachkommen zu können. Die Erhebung der Daten richtet sich nach den sozialgesetzlichen Vorschriften sowie nach den Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung. Nähere Informationen können Sie den beigefügten Informationen zum Datenschutz entnehmen. **Mit Ihrer Unterschrift des Aufnahmeantrages bestätigen Sie, dass Sie die beigefügten Datenschutzinformationen erhalten und zu Kenntnis genommen haben.**



**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Ich möchte die Onlinegeschäftsstelle (OGS) der BKK Melitta Plus nutzen:** Ungefähr 10 Tage vor Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK Melitta Plus erhalten Sie Ihren persönlichen Zugangscodes zur Freischaltung der Nutzung auf dem Postweg. Sofern die Eingabe des Codes nicht innerhalb von 21 Tagen ab dessen Erhalt erfolgt, werden Ihre Daten in der OGS automatisch wieder gelöscht.  
Hierzu willige ich ein, dass die BKK Melitta Plus meine Daten (Name und Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Versicherungsnummer) für die Erstregistrierung in der OGS verwendet, verarbeitet und speichert. Die Informationen zur OGS sowie zum Datenschutz bei der Nutzung des Onlineservice der BKK Melitta Plus ([www.bkk-melitta.de/datenschutz-online-service-web-app/](http://www.bkk-melitta.de/datenschutz-online-service-web-app/)) habe ich gelesen.

**Einwilligung zur Datennutzung zu Marketingzwecken:** Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Melitta Plus meine persönlichen Daten auch zu dem Zweck verarbeitet und nutzt, um mich zu einer BKK-Mitgliedschaft und den vielfältigen Service-Angeboten der BKK zu informieren und zu beraten.

Bitte gewünschte Art der Kontaktaufnahme ankreuzen:  Telefon     E-Mail     schriftlich

Die Nutzung Ihrer Daten zu Marketingzwecken beruht auf Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. A DSGVO). Diese freiwillige Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos gegenüber der BKK Melitta Plus widerrufen.  ja, ich bin damit einverstanden     nein, ich bin damit nicht einverstanden

**Unterschrift (bei Zustimmung zur Datennutzung)**

Geworben von: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

1- Freiwillige Angaben: Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkung auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK Melitta Plus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Sofern ich die Kontaktaufnahme per Telefon und/ oder E-Mail zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr wünsche, kann ich der durch die Angabe erteilten Einwilligung jederzeit widersprechen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finden Sie unter <https://www.bkk-melitta.de/plus/1/infos/privats>



*immer an meiner Seite*

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

**Absender:**

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

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