

Mitglied werden bei der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER

Ganz einfach:

- 1.** Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
- 2.** Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
- 3.** Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite oder unter www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
 - per makleraktiv.de hochladen
 - per Mail an makleraktiv@kassensuche.de senden
 - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
 - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden
- 5.** Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
- 6.** Fertig. Der Kunde kommt in den Genuss aller Vorteile seiner neuen Krankenkasse.

Vertriebspartner:

E-Mail: rr@smwb.de

SMWB Strategien mit Weitblick GmbH
Papenhuder Straße 30
22087 Hamburg

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
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Mitgliedserklärung

über gesetzlichekrankenkassen.de

Ich möchte ab dem _____ Mitglied der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER werden.

Persönliche Angaben Frau Herr

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber* _____

E-Mail* _____

Rentenversicherungs-Nr. _____

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben,
brauchen wir folgende Angaben:

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

*Freiwillige Angaben.

Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender
Krankenkasse:

Name _____

Ort _____

- familienversichert pflichtversichert im
 freiwillig versichert privat versichert Ausland

Nur wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, brau-
chen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer letzten Krankenkasse.

- Die Kündigungsbestätigung liegt bei.
 Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht.

Mein Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Beschäftigt seit _____ Mtl. Bruttoentgelt _____

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
 Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Ich bin/ich erhalte

- Arbeitnehmer Rentner/Pensionär
 Student Künstler/Publizist
 Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit
 Sozialhilfe/ALG II
 Sonstiges

Für die Servicepartner

Wird vom Servicepartner ausgefüllt!

Servicepartnernr.: 777777

gesetzlichekrankenkassen.de

Für die Beitragsberechnung

- Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Pension,
Betriebsrente).

Für die Pflegeversicherung

- Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kin-
der.

Wir brauchen die Angabe, ob Sie Kinder (auch Adoptiv- oder Pflege-
kinder) haben, damit wir Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung
richtig berechnen können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden
Nachweis (z.B. die Kopie der Geburtsurkunde) ein.

Datum _____

Unterschrift _____

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Servicepartner meinen Mitgliedsantrag an die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER weiterleitet und die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER den Servicepartner zur Abrechnung einer Aufwandsentschädigung über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert. Ihre persönlichen Daten benötigen wir, um Sie umfassend beraten zu können (Sozialgesetzbuch V – SGB V). Durch das SGB sind wir verpflichtet, diese Daten umfassend zu schützen.

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