

Mitglied werden bei der BKK VBU

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, Vibeler 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

Wichtig: Senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse zu.



MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum _____ Mitglied der BKK-VBU werden.

Hinweis: Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der BKK-VBU beginnt auch die Mitgliedschaft in der Pflegekasse der BKK-VBU.

PERSONALIEN (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Rentenversicherungsnummer Die Rentenversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Postleitzahl, Ort _____

Geschlecht m / w Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Familienstand _____

Staatsangehörigkeit _____ eMail _____

Telefonnummer (privat) _____ Telefonnummer (geschäftlich) _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Ich bin... Arbeitnehmer/in Auszubildende/r selbstständig als _____ sonstiges: _____

Student/in Rentner/in (Bitte fügen Sie eine Kopie des letzten Rentenbescheides bei) arbeitslos seit: _____ (Bitte fügen Sie eine Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides bei)

Ich war innerhalb der letzten 18 Monate...
von _____ bis _____ Name und Sitz der Krankenkasse _____

	pflicht- versichert	freiwillig- versichert	familien- versichert
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich war innerhalb der letzten 18 Monate nicht gesetzlich krankenversichert.

Ich bin auf Antrag befreit...

von der Krankenversicherungspflicht von der Pflegeversicherungspflicht (Bitte Nachweis beifügen)

Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (Versorgungsbezüge/Betriebsrente):

ja nein

ARBEITGEBER

Name _____

Straße _____ Postleitzahl, Ort _____

Ansprechpartner Personalabteilung _____ Telefonnummer _____

beschäftigt seit _____ Beschäftigungsort _____

tätig als _____ Betriebsnummer _____

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert nein ja Verwandtschaftsgrad _____

Ich bin an der Firma/Gesellschaft beteiligt nein ja Beteiligungsform _____

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich habe Angehörige, die beitragsfrei familienversichert werden sollen.

- Der ausgefüllte Antrag liegt bei.
 Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort verständigen.

Datum, Unterschrift _____

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzmäßigen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe Ihrer Telefonnummer/eMail ist freiwillig.

über gesetzlicheKrankenkassen.de
051386



über gesetzlicheKrankenkassen.de (MA)

Partner: 2308 - 0

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