

Mitglied werden bei der BKK firmus

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

Mitgliedsantrag Berufstätige | Auszubildende

Ja, ich möchte ab dem **Mitglied der BKK firmus werden!**

Persönliche Angaben: Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon privat | Telefon mobil

E-Mail

Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

sonst: Geburtsort, -land | Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Familienstand
 ledig verheiratet getrennt lebend geschieden
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Lichtbild für die eGK:

Das Passfoto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

lege ich bei reiche ich nach liegt bereits vor

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis:

Meine bisherige Krankenkasse

Ort

von | bis

Versichertennummer (Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte.)

Art der bisherigen Versicherung
 pflichtig freiwillig privat familienversichert

Die Kündigungsbestätigung
 lege ich bei reiche ich nach

Angaben zur Familie:

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern: Ja Nein
 Ehegatte Lebenspartner Kinder

Den Antrag auf Familienversicherung
 lege ich bei reiche ich nach bitte zusenden

Nachname, Vorname des Ehegatten/Partners

Krankenkasse des Ehegatten/Partners

Angaben für die Versicherung bei der BKK firmus:

Ich bin tätig als | beschäftigt seit/ab dem

Name des Arbeitgebers

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt ca. € _____

Zusätzliche Angaben:

- Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in
 Ich bin Gesellschafter/-in und/oder Geschäftsführer/-in einer GmbH

Rentenbezug:

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

von: _____

Kunden werben Kunden!

Wir freuen uns, Ihre Kollegen, Freunde oder Bekannten als neue Kunden begrüßen zu können!

Für jeden neu geworbenen Kunden erhalten Sie 25 €!

Name

Anschrift

Telefonnummer

Datenschutz und Einwilligung:

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ja, ich bin damit einverstanden, dauerhaft, auch nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses bzw. einer erfolgten Kündigung, über Versorgungsformen, Produkte und Leistungen der BKK firmus und deren Kooperationspartner postalisch, per E-Mail und/oder telefonisch informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten zu diesem Zwecke stimme ich hiermit zu. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

x

Datum

Unterschrift

ADNR

VPNR

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