

Mitglied werden bei der actimonda krankenkasse

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

Ja, ich werde zum _____ (Datum) Mitglied der **actimonda krankenkasse**.

Herr Frau Anredezusatz _____

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert

Rentenversicherungsnummer

bisherige
Krankenversicherungsnummer

Steuer-Identifikationsnummer

Anzahl der Kinder _____, davon sind _____ (gemeinsame) unterhalt-
berechtigte Kinder

mein Ehe-/Lebenspartner ist: gesetzlich krankenversichert
 privat krankenversichert

Ich bin ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)

Schüler(in) Beamter(in) Rentner/Pensionär

Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II

Selbstständige(r) (Bitte Rückseite ausfüllen)

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule

Betriebsnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

beschäftigt seit/studiere ab

mtl. Bruttoentgelt (Euro)

Ich habe eine weitere Beschäftigung

Ich bin (zusätzlich) seit _____ selbstständig erwerbstätig

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug)

Ich war zuletzt ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

familienversichert

privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen.)

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung (Einzugsermächtigung erforderlich, s. Rückseite.)

Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/
Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

Familie

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.
(Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)

Anzahl der Kinder, davon sind _____ (gemeinsame)
unterhaltsberechtigte Kinder.

BONUSPROGRAMM Ihrer actimonda krankenkasse

Ja, ich möchte allein Bonuspunkte sammeln.

Ja, ich möchte gemeinsam mit meiner Familie Bonuspunkte sammeln.

Anzahl Bonusheft Erwachsene?

Anzahl Bonusheft Kinder?

Meine Empfehlung

Nachfolgende Person möchte Informationen (auch gerne telefonisch)
zur Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse**

Name, Vorname

Telefon

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Mit der Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse** beginnt grundsätzlich auch die Versiche-
rung in der Pflegeversicherung der **actimonda krankenkasse**. Die Angaben sind zur Erfüllung
der Aufgaben der **actimonda krankenkasse** erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften
des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ohne Angabe der
notwendigen Daten ist eine ordnungsgemäße Abwicklung des Versicherungsverhältnisses nicht
möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Mit Ihrer
Unterschrift erklären Sie sich mit der zu dem vorgenannten Zweck notwendigen Verarbeitung und
Nutzung Ihrer Daten einverstanden. Zugleich bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit
sämtlicher Angaben auf diesem Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass die **actimonda krankenkasse** meine Daten im Zusammen-
hang mit der Empfehlung nutzt und speichert. Der Interessent (meine Empfehlung) ist damit
einverstanden, dass seine oben genannten Daten gespeichert und genutzt werden, um ihn infor-
mieren und beraten zu können, und er zu diesen Zwecken angerufen wird. Dem Interessenten
und mir ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können.



Ort, Datum

Unterschrift

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