

Mitglied werden bei der BKK24

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 bei Versicherungspflicht

Beginn der Mitgliedschaft*	KV-Nr. Elektronische Gesundheitskarte	Rentenversicherungs-Nr.
----------------------------	---------------------------------------	-------------------------

* oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Titel		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort*	Geburtsname*
Straße und Hausnummer			
PLZ		Wohnort	
Telefon tagsüber		eMail	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
			Staatsangehörigkeit

*wenn noch keine Rentenvers.-Nr. vergeben wurde

Mein Ehegatte ist nicht gesetzlich versichert (z.B. privat)
 gesetzlich krankenversichert bei _____

Ich war zuletzt krankenversichert

von-bis _____ bei _____ als Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied privat versichert
Wichtig: Bitte Original der Kündigungsbestätigung oder Kopie der Versicherungspolice beifügen!

familienversichert von-bis _____ bei _____
 Name des Mitglieds _____ Geb.-Datum _____
Wichtig: Bitte Versicherungsbescheinigung beifügen!

unmittelbar vor Versicherungsbeginn bin ich aus dem Ausland zurückgekehrt
Wichtig: Bitte Meldebestätigung beifügen!

Angaben zum Arbeitgeber

Name		
Straße und Hausnummer		
PLZ	Ort	
Telefonnummer des Arbeitgebers	Betriebsnummer*	beschäftigt seit

*sofern möglich erfragen Sie die Betriebsnummer bitte bei dem Personalverantwortlichen

Ich bin seit _____

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Auszubildender	<input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Empfänger von	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I*	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II*
<input type="checkbox"/> Praktikant	<input type="checkbox"/> Künstler/Publizist	<input type="checkbox"/> Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme*
<input type="checkbox"/> Rentner*	<input type="checkbox"/> Rentenantragsteller	

zuständiger Rentenversicherungsträger: _____
 Art der Rente: _____
 Ich erhalte Versorgungsbezüge/Betriebsrente* *Bitte Unterlagen in Kopie beifügen

Familienversicherung

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern.
 Bitte schicken Sie mir einen Familienfragebogen zu.

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 173 bis 175, 226, 234 bis 237 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 28 o Abs. 2 SGB IV, § 206 verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nummer und der eMail-Adresse ist freiwillig.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift

über gesetzlicheKrankenkassen.de - VPS XX82

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