

Mitglied werden bei der BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://handelsblatt.kassensuche.de/antrag/114>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

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

ICH WERDE MITGLIED DER BKK SBH

| | |
|-----------------------|-----|
| Mitgliedschaftsbeginn | |
| | 2:0 |

 Pflichtmitglied
 freiwilliges Mitglied

| |
|---|
| Sozialversicherungsnummer (bitte unbedingt angeben) |
| |

Persönliche Angaben

| | | | |
|---|---|--|--|
| Name | | Vorname | |
| Straße, Hausnummer | | telefonisch tagsüber zu erreichen* <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich | |
| Postleitzahl | Wohnort | E-Mail-Adresse* | |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet | | Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Anlagen ausfüllen | |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geburtsname | |
| Geburtsort | Staatsangehörigkeit | | |

LICHTBILD
für die Gesundheitskarte



Laden Sie einfach Ihr aktuelles Lichtbild hoch:
www.bkk-sbh.de/eqk

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

| | |
|---|---|
| meine bisherige Krankenkasse/Ort | Versicherungsart <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied |
| Versicherungszeit vom bis | <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privatversichert |

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung bei oder reichen Sie diese nach!

Arbeitnehmer/-in

| |
|--|
| Name des Arbeitgebers |
| Straße, Hausnummer |
| PLZ, Ort |
| Betriebsnummer / Ansprechpartner im Betrieb |
| Beginn der Beschäftigung |
| Tätigkeit |
| beschäftigt als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r |

Selbständig

| |
|---|
| Ich erziele Arbeitseinkommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab/seit: |
| Art der Tätigkeit / Gesellschaftsform |
| Dauer der Tätigkeit Std./Woche |
| Arbeitseinkommen im Durchschnitt €/Monat |

Selbständige:
Bitte Einkommensteuerbescheid beifügen.

Arbeitnehmer:
Die 8-stellige Betriebsnummer bitte angeben, sofern bekannt.

Rentner/-in, Rentenantragsteller/-in

| | |
|---------------------------|---------------|
| Rentenart | Rentenzeichen |
| Rentenversicherungsträger | |

Rentner:
Bitte Bescheid(e) über in- und ggf. ausländische Renten / Versorgungsbezüge beifügen.

Student/-in

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| an folgender Hoch-/Fachhochschule | |
| voraussichtlich bis | Ich bin in folgendem Fachsemester |

Studenten:
Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Arbeitslose:
Bitte Leistungsbescheid beifügen.

Arbeitslos

| |
|------------------------------------|
| ab/seit |
| Kundennummer |
| Name des Leistungsträgers |
| Anschrift/Ort des Leistungsträgers |

Befreiung von der Versicherungspflicht

| |
|--|
| Ich habe mich von der Versicherungspflicht befreien lassen <input type="checkbox"/> zur Krankenversicherung <input type="checkbox"/> zur Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> zur Rentenversicherung |
|--|

Befreiung:
Bitte Befreiungsbescheid beifügen.

Einwilligungen

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die BKK SBH meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung übermittelt. Sofern die Steuer-ID nicht angegeben wird, darf sie die BKK SBH auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern.

Steuer-ID

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mich die BKK SBH schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Bankverbindung* (für evtl. Auszahlungen an Sie)

| |
|---|
| Geldinstitut |
| IBAN <input type="text"/> (BLZ <input type="text"/> (Kontonummer <input type="text"/> |

Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch
 Internet: www.bkk-sbh.de
 Postwurfsendung
 Vermittler:

Unterschrift

| |
|---|
| Ort, Datum |
| Unterschrift  |

Ihr Mitglied (Prämie für):
Name
KV-Nr.

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V, § 93 SGB XI i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Alle Vorteile und Infos unter
www.bkk-sbh.de

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe



über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (VHB)

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