

Mitglied werden bei der Die Schwenninger Krankenkasse

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/115>
 - 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
- 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.

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

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

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger werden

Beraternummer **99053/**

Mitgliedschaft ab:

Meine persönlichen Angaben:

Herr Frau verheiratet ledig

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Bitte kontaktieren Sie mich vorzugsweise:

- per E-Mail
- per Telefon
- vormittags
- nachmittags
- nach 17 Uhr

Rentenvers.-Nummer

Geburtsland, -ort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Meine Bankverbindung:

Bank

BIC

IBAN

Kontoinhaber
falls abweichend

Mein Arbeitgeber / Meine Agentur für Arbeit:

Betriebsnr.
falls bekannt

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon
Personalabteilung

Zusätzlich beziehe ich:

- Rente/Betriebsrente
- Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Sonstiges
- Arbeitslosengeld
- Beihilfe
- in Höhe von Euro monatlich

Art der Mitgliedschaft:

- Ich bin pflichtversicherter Arbeitnehmer
- Ich bin freiwillig versicherter Arbeitnehmer
- Ich bin selbstständig*
- Ich bin Student*
- Ich bin Rentner*
- Ich bin Arbeitslosengeldbezieher
- Sonstige freiwillige Versicherung*

Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung:

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse:

Name

Ort

- als Mitglied versichert
- als Familienangehörige/r versichert

Wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, benötigen wir eine **Kündigungsbestätigung** Ihrer bisherigen Krankenkasse.

- Die Kündigungsbestätigung liegt bei.
- Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht.
- Bitte senden Sie mir eine Kündigungshilfe zu.

Ich möchte meine **Angehörigen** mitversichern*

Ein Lichtbild für die elektronische Gesundheitskarte:

- liegt bei
- wird von mir hochgeladen

Hinweis: Auf www.Die-Schwenninger.de/lichtbild haben Sie die Möglichkeit, ein digitales Bild hochzuladen.

Bestätigung meiner Angaben:

Datum

Unterschrift
ggf. des Erziehungs- berechtigten

Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder über meine E-Mail-Adresse über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.

* Wir werden uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger Krankenkasse zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Ansprechpartner:

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