

Mitglied werden bei der BKK Scheufelen

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/324>
 - 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
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Beitrittserklärung per Fax an 07021 7374297 oder per E-Mail an neukunden@bkk-scheufelen.de

1. Persönliche Angaben: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen! * Freiwillige Angaben

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße und Nr.:	PLZ und Ort:	Familienstand:	
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:	
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Für eventuelle Erstattungen IBAN: _____		Für eventuelle Erstattungen BIC: _____	
Ich bin Mutter / Vater eines / mehrerer Kindes/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

2. Beginn der Mitgliedschaft: Bitte zutreffendes Feld ausfüllen bzw. ankreuzen!

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen zum: ____ . ____ . ____

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden? Ja, der Antrag liegt bei Ja, bitte Antrag zusenden Nein

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis: Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

Arbeitnehmer/in

Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers: Tel.: Fax: Betriebsnummer: (wenn bekannt) _____
Meine Tätigkeit ist: <input type="checkbox"/> ein Minijob (bis 450,-€) <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)	Beitragsabführung durch (nur wenn krankenversicherungsfrei) <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer
Ich bin Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Freiwillig Versicherte/r – Bitte zusätzlich die „Anlage zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung“ ausfüllen!

Tätigkeit als: Selbstständige/r Beamte/r Hausfrau/-mann bzw. nicht berufstätig
 Freiwillige/r Rentner/in (Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt)

Student/in oder Schüler/in – Bitte Immatrikulations- bzw. Schulbescheinigung beifügen!

Tag der Einschreibung / Anmeldung:	Name und Anschrift der Hochschule / Uni / Schule:
<input type="checkbox"/> Ich bin Student/in im ____ . Fachsemester	
<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in und beende meine Schule vorauss. am:	

Rentner/in oder Rentenantragssteller/in – Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen!

Ich beziehe folgende gesetzliche Rente(n):	Name des / der Rentenversicherungsträger(s):
Datum der Antragstellung:	Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheid beifügen)

Arbeitssuchende/r – Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!

Ich beziehe folgende Leistung: <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld 1 <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld 2	Ich beziehe die Leistung seit dem:
Kundennummer (wenn bekannt):	Ort des Leistungsträgers:

4. Angaben zur letzten Versicherung: Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen war ich:

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse privat versichert
(Bitte Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V beifügen!)

von – bis: bei: (Name der Krankenkasse)

5. Ort, Datum, Unterschrift: Bitte ausfüllen!

Ich bestätige hiermit, dass sich mein Wohn- oder Beschäftigungsort in Baden-Württemberg befindet.
Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Scheufelen meine Steuer-Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erfragt und die Höhe meiner Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge maschinell an die Finanzverwaltung übermittelt. (gegebenenfalls streichen)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i.V.m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsberechtigter Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/ oder werden Ihnen auf Wunsch ausgestellt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK Scheufelen, Schillkopfst. 120 n 73230 Kirchheim oder an unsere/r Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bkk-scheufelen.de

Bitte SEPA-Lastschriftmandat einreichen!

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