

## 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](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)

Mitgliedschaftsbeginn:

## Ja, ich möchte mich bei der BKK Scheufelen versichern

### Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ / Ort:	Familienstand:
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:
RV-Nummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
IBAN:	BIC:	Name der Bank/ ggf. abw. Kontoinhaber
Einzugsermächtigung für Beiträge? <input type="checkbox"/> Ja, das SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein	Angehörige kostenfrei mitversichern? <input type="checkbox"/> Ja (Rückseite ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie Kinder? (Bitte Nachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Angaben zum Versicherungsverhältnis: Bitte zutreffendes Feld ausfüllen

<input type="checkbox"/> <b>Arbeitnehmer/in</b> Beruf:  wegen Höhe des Arbeitsentgelts: <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei – Beitragsabführung durch: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer  Name des Arbeitgebers:  Telefonnummer:  Straße:  PLZ / Ort:  Betriebsnummer (wenn bekannt):  Auszubildende/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <b>Freiwillig Versicherte/r:</b> selbstständig seit:  <input type="checkbox"/> Ja, ich beantrage die freiwillige Versicherung (Bitte die Einkommenserklärung ausfüllen) Der Steuerbescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht  Erhalten Sie einen Gründungszuschuss? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <b>Rentner/in o. Antragsteller/in</b> Rentenart:  Versorgungsbezüge: <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein  Der Rentenbescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> <b>Arbeitsuchend</b> Welche Leistung wird bezogen?  seit (Bitte Leistungsbescheid beifügen):  Kunden-Nummer (wenn bekannt):  Ort des Leistungsträgers:	<input type="checkbox"/> <b>Student/in</b> an folgender Hoch-/Fachhochschule:  Tag der Einschreibung? / Studium vorauss. bis:  Fachsemester (Bitte Bescheinigung beifügen):  Haben Sie Zivil- oder Wehrdienst geleistet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft:

<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert	von – bis:	Name und Ort der Krankenkasse:
<input type="checkbox"/> privat krankenversichert	von – bis:	Name und Ort der Krankenversicherung:
<input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung ist beigefügt <input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung wird nachgereicht		
<input type="checkbox"/> nicht krankenversichert	von – bis:	Grund (z.B. Auslandsaufenthalt):

### Meine Empfehlung: Für die Empfehlung erhalten Sie 20,- € Werbepremie bei Zustandekommen des Mitgliedsantrages

Name / Vorname:	Anschrift:	Telefon*:
-----------------	------------	-----------

Ich bestätige hiermit, dass sich mein Wohn- oder Beschäftigungsort in Baden-Württemberg befindet.

Ort, Datum

Unterschrift

\*Die Angaben sind freiwillig. Die persönlichen Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

# Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

## Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name: ..... Straße: .....

Vorname: ..... PLZ/ Ort: .....

Ich war bisher  im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung  
 nicht gesetzlich krankenversichert

versichert bei: .....  
 Name der Krankenkasse

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen  Sonstiges: .....

Beginn der Familienversicherung: .....

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. .... zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet ..... (freiwillige Angabe).

## Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und - sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

## Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte / Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

## Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:	.....	.....	.....	.....
bestand bei: (Name der Krankenkasse)	.....	.....	.....	.....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
	Nachname	Nachname	Nachname	Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)	.....	.....	.....	.....

## Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	..... €	..... €	..... €	..... €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... €	..... €	..... €	..... €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	..... €	..... €	..... €	..... €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	..... € (Art der Einkünfte)	..... € (Art der Einkünfte)	..... € (Art der Einkünfte)	..... € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	.....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	.....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	.....	.....	.....	.....
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname	.....	.....	.....	.....
Geburtsort	.....	.....	.....	.....
Geburtsland	.....	.....	.....	.....
Staatsangehörigkeit	.....	.....	.....	.....

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

**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