

Mitglied werden bei der Novitas BKK

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/94>
 - 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

KOMMEN SIE ZU UNS – DAS GEHT GANZ EINFACH!

Schritt 1

Beitrittserklärung vollständig ausfüllen.

Schritt 2

Mitgliedschaft bei alter Krankenkasse kündigen.

Dafür reicht ein formloses Schreiben. Beispiel: „Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum...“. Oder Sie verwenden unsere Kündigungskarte (Muster).

Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende. Beispiel: Wenn die Kündigung im Januar erfolgt, endet die Mitgliedschaft am 31. März.

Die bisherige Krankenkasse muss Ihnen innerhalb von 14 Tagen die Kündigung schriftlich bestätigen.

Schritt 3

Bitte die Kündigungsbestätigung, Ihr **Foto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)** und die Beitrittserklärung an die Novitas BKK senden.

Schritt 4

Die Novitas BKK stellt eine Mitgliedsbescheinigung aus und sendet diese automatisch zum Beispiel an den Arbeitgeber.

Schritt 5

Pünktlich nach Ende Ihrer alten Krankenkassenmitgliedschaft sind Sie dann Mitglied der Novitas BKK. Ihre neue elektronische Gesundheitskarte erhalten Sie selbstverständlich rechtzeitig von uns.

Herzlich willkommen!

POSTANSCHRIFT

Novitas BKK
47050 Duisburg

24-Stunden-Service: 0800 664 8233*

Fax: 0800 222 3400-14*
E-Mail: info@novitas-bkk.de
Internet: www.novitas-bkk.de

*gebührenfrei in ganz Deutschland

JA, ICH MÖCHTE ZUM MITGLIED DER NOVITAS BKK WERDEN.

ICH BIN

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pflichtversicherter Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Schüler |
| <input type="checkbox"/> freiwilligversicherter Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> Künstler | <input type="checkbox"/> Arbeitsloser |
| <input type="checkbox"/> Auszubildender | |

ANGABEN ZUR PERSON

| | |
|--|---|
| <input type="text"/> | |
| Name, Vorname | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum | |
| <input type="text"/> | |
| Straße, Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |
| PLZ/Ort | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse: |
| Telefonnummer | |
| <input type="text"/> | |
| E-Mail-Adresse | |
| <input type="text"/> | |
| Bundeseinheitliche Versichertennummer (diese finden Sie auf Ihrer eGK) | |
| <input type="text"/> | |
| Familienstand | |

Durch das Ankreuzen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Novitas BKK mich telefonisch oder per E-Mail über meine Telefon- oder Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse zu meinen Ansprüchen zu gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, satzungsgemäße Mehrleistungen, eigene Serviceleistungen sowie zu gesetzlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, oder in Angelegenheiten betreff meines Versicherungsschutzes kontaktiert. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon gegenüber der Novitas BKK widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Die Nichtbeantwortung hat für Sie keine nachteiligen Folgen.

ICH BIN BESCHÄFTIGT BEI

| |
|--|
| <input type="text"/> |
| Name des Arbeitgebers oder des Ausbildungsbetriebs |
| <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer |
| <input type="text"/> |
| PLZ/Ort |

ZULETZT WAR ICH

- selbst versichert familienversichert privat versichert

| |
|--|
| <input type="text"/> |
| Name und Ort der letzten Krankenkasse/Krankenversicherung – BITTE KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG BEILEGEN |

- Ja, ich habe Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.

UNTERSCHRIFT

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="011061549868"/> |
| Ort, Datum und Unterschrift | | Vermittler – ID |
| <input type="text"/> | | |

MA (von der Novitas BKK auszufüllen)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz (§ 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft bei der Novitas BKK genießen Sie automatisch auch den Schutz der Pflegeversicherung. Sollte es nicht zu einer Mitgliedschaft kommen, werden die von uns erhobenen Daten unverzüglich gelöscht.
Stand: BE 06 | 2017

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