

Mitglied werden bei der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/195>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname _____		Name _____		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	
Geburtsdatum _____		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Name der Krankenkasse des Ehegatten* _____	
Straße Hausnummer _____		<input type="checkbox"/> divers		Rentenversicherungsnummer _____	
PLZ Ort _____		Geburtsname _____		Staatsangehörigkeit _____	
Telefon* _____	E-Mail* _____	Geburtsort _____		Geburtsland _____	

2. ICH BIN/ICH WERDE

Arbeitnehmer/in (mtl. Einkommen über 450,00 €)

Auszubildende/r

freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
 Meine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
 zahlt der Arbeitgeber
 zahle ich selbst, meine Steuer-ID lautet: _____

Ich gehöre zu folgendem Personenkreis und benötige eine Versicherung als:

Student/in/Praktikant/in Rentner/in/Rentenantragsteller/in
 Selbstständige/r Bezieher von Arbeitslosengeld I**
 Bezieher von Arbeitslosengeld II**
 Sonstige (z. B. Beamte/r, Sozialhilfeempfänger/in):** _____

3. ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Name des Arbeitgebers _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Beschäftigungsbeginn _____

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert.
 Ich bin Gesellschafter/in und/oder Geschäftsführer/in.

4. EINKOMMENSANGABEN

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung)**

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ausländische Rente**

Meine Einnahmen übersteigen regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2022: 64.350,00 € pro Jahr, 5.362,50 € pro Monat)

Ja Nein

5. ANGABEN ZUR LETZTEN VERSICHERUNG

Ich war zuletzt:

pflichtversichert familienversichert
 freiwillig versichert privat versichert

im Ausland: _____

von _____ bis _____

Name der letzten Krankenkasse _____

Versichertennummer _____
 Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte Ihrer aktuellen Krankenkasse.

6. ANGABEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige (z. B. Kinder, Ehegatte) kostenlos mitversichern: Antrag liegt bei bitte zusenden

7. ANGABEN SERVICEPARTNER (wird vom Servicepartner ausgefüllt!)

Vermittlernummer _____

Vor- und Nachname _____ Unterschrift _____

8. UNTERSCHRIFT

Ich bin einverstanden, dass ich von der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER Informationen per Telefon oder E-Mail bekomme. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkkgs.de/datenschutz.

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sofort verständigen.

Ort, Datum, Unterschrift _____

Datenschutzhinweis [§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X]: Die Erhebung der vorstehenden Angaben (Sozialdaten) ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zulässig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Absender:

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift