

Mitglied werden bei der BKK Scheufelen

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/324>
- 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

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

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i. V.m. § 775 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 Mitteilungspflichten 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 ausgetauscht. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK Scheufelen, Schillkopfstr. 65 in 72230 Kirchheim oder an unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bkk-scheufelen.de

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

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
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		Steuer-ID: _____	

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:
 ein Minijob (bis 450,-€) krankenversicherungspflichtig krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Ausbildung FSJ Beitragsabführung durch (nur wenn krankenversicherungsfrei)
 Arbeitgeber Arbeitnehmer

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: _____

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):
 Nein Ja (Bitte Bescheid beifügen)

Arbeitssuchende/r – Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!

Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosengeld 1 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
 zugezogen aus dem Ausland

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.

.....

Ort, Datum Unterschrift

Bitte SEPA-Lastschriftmandat einreichen!

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