

## Mitglied werden bei der pronova 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://www.krankenkassenkompass.de/antrag/219>
  - 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)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

## Aufnahmeantrag

Ja, ich möchte zum  Mitglied der pronova BKK werden.

### Personliche Angaben

Name	Straße, Nr.
Vorname	PLZ, Wohnort
Geburtsname	Telefon
Geburtsdatum/Geburtsort	E-Mail
Rentenversicherter-Nummer (soweit bekannt)	Familienstand
BIC	Geschlecht
IBAN <input type="text" value="DE"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kto.-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Angaben zum Arbeitsverhältnis

Arbeitgeber	Berufsbezeichnung
Straße, Nr.	Ich bin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in
PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r
Telefon und Ansprechpartner (sofern bekannt)	<input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherte/r*
Beschäftigt ab/seit ...	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf*)
Erstmalig in der EU beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
	<input type="checkbox"/> Rentner/in (bitte Rentenbescheid beilegen)
	Arbeitssuchend ab <input type="text"/> Kd.-Nr. <input type="text"/>
	Ort der Agentur <input type="text"/>

### Bisherige Krankenkasse

Name der Kasse	Versicherungszeitraum von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Straße, Nr.	Versichert als <input type="checkbox"/> Pflichtversicherte/r
PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherte/r
	<input type="checkbox"/> Familienversicherte/r

### Familien-Versicherung

Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer anderen Krankenkasse und interessiert sich für eine Mitgliedschaft bei der pronova BKK. <input type="checkbox"/> ja Name/Vorname <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein
--	---

Eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse ist  beigelegt  wird nachgereicht

Ort, Datum, Unterschrift

**Aktion „Freundschaftswerbung“** Ich habe den o.g. Neukunden geworben und bin selbst Mitglied der pronova BKK:

Name	Vorname	Tel.-Nr.	Krankenversicherter-Nummer
Gewünschte Prämie bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Sauna-/Badetuch <input type="checkbox"/> Jahreslos der Aktion Mensch <input type="checkbox"/> Geldprämie 20 Euro (Bitte IBAN angeben)			
IBAN <input type="text" value="DE"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
BLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Kto.-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

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