SO EINFACH WECHSELN SIE ZUR SECURVITA

SCHRITT EINS:

Kündigen Sie bei Ihrer alten Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Es genügt ein formloses Schreiben mit Angabe Ihrer Versicherungsnummer. Nutzen Sie dazu doch ganz einfach das beiliegende Blanko-Kündigungsschreiben, und ergänzen Sie es um Ihre persönlichen Daten.

Ende der Mitgliedschaft bei der alten Krankenkasse:
Sind Sie mindestens 18 Monate* bei Ihrer bisherigen Krankenkasse versichert? Dann endet Ihre Mitgliedschaft mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats nach Kündigungseingang bei der alten Kasse.

Sind Sie bei Ihrer bisherigen Krankenkasse im Rahmen einer Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, können Sie ohne Einhaltung einer Bindungsfrist Mitglied der SECURVITA Krankenkasse werden.

Erhebt Ihre Kasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht diesen, haben Sie ein sofortiges Sonderkündigungsrecht unabhängig davon, ob Sie die oben genannte Bindungsfrist erfüllen. Kündigen können Sie innerhalb der ersten zwei Monate nach der Beitragserhöhung.

SCHRITT ZWEI:

Ihre alte Krankenkasse ist verpflichtet, Ihnen innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zu senden.

Tipp:
Wenn Sie uns die Bestätigung gemeinsam mit dem ausgefüllten Mitgliedsantrag schicken, sparen Sie Porto und tragen außerdem zu einer zügigen Bearbeitung bei. Selbstverständlich kann die Kündigungsbestätigung notfalls auch nachgereicht werden.

SCHRITT DREI:

Die SECURVITA Krankenkasse sendet Ihnen eine Mitgliedsbescheinigung zu, die Sie bitte bei der für Sie zur Meldung verpflichteten Stelle (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, etc.) einreichen. Fügen Sie außerdem eine Kopie der Kündigungsbestätigung Ihrer alten Kasse bei. Einige Arbeitgeber benötigen dieses Dokument, um Ihren Kassenwechsel abschließend zu bearbeiten.

Tipp: Empfehlen Sie die SECURVITA Ihren Freunden, Bekannten oder Kollegen. Für jede neue Mitgliedschaft erhalten Sie als Dankeschön eine attraktive Prämie. Mehr Informationen dazu gibt es in der SECURVITAL – dem Magazin der SECURVITA – oder im Internet unter www.securvita.de

* Haben Sie bei Ihrer bisherigen Krankenkasse einen Wahltarif abgeschlossen (ausgenommen Wahltarife für besondere Versorgungsformen), gilt unter Umständen eine 36-monatige Bindungsfrist, abhängig vom gewählten Tarif.
Ein Sonderkündigungsrecht besteht in diesem Fall nicht.

KK-04-IN 06.11

securvita
KRANKENKASSE

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

per Fax an 040 / 33 47-9000 oder per Post an SECURVITA BKK • Postfach 10 58 29 • 20039 Hamburg

Bitte füllen Sie den Antrag leserlich in Blockbuchstaben und in dunkler Farbe aus.

Ja, ich möchte ab dem __ __ 2 0 __ Mitglied der SECURVITA BKK sein!

Sollte dies nicht möglich sein, dann bitte zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

☐ Ich möchte Familienangehörige kostenlos mitversichern.

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon

E-Mail-Adresse

Staatsangehörigkeit

Geburtsort / -land

Geburtsname

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft

Ich bin neben meiner Beschäftigung selbstständig tätig ☐ ja ☐ nein

☐ pflichtversicherter Arbeitnehmer

☐ ich befinde mich in Elternzeit

☐ Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (bitte Leistungsbescheid beifügen)

☐ freiwillig versicherter Arbeitnehmer

☐ ich befinde mich in Elternzeit

☐ Sonstiges (zum Beispiel Student, Beamter, etc.)

(bitte Sonstiges erläutern)

☐ Selbstständiger (bitte Steuerbescheid beilegen)

☐ Rentner (bitte aktuellen Rentenbescheid beifügen)

bisherige Krankenkasse

☐ Die **Kündigungsbestätigung** liegt bei.

☐ Die **Kündigungsbestätigung** wird nachgereicht.

Renten- / Sozialversicherungsnummer

KV-Nummer

☐ Ich stimme dem Datenaustausch mit den Finanzbehörden bis auf Widerruf zu.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, senden wir Ihre Mitgliedsbescheinigung direkt an die zur Meldung verpflichtete Stelle (z.B. Arbeitgeber, Agentur für Arbeit). Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, geben Sie uns bitte einen Hinweis.

Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Ausbildungsbetrieb

Name des Arbeitgebers bei Mitgliedschaftsbeginn

Telefon

Straße

Hausnummer

Fax (falls bekannt)

PLZ

Ort

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von:

Cordt Würdemann
Vermittlernummer: 2989

Ich bin auf die SECURVITA Krankenkasse aufmerksam geworden durch:

☐ private Empfehlung ☐ betriebliche Empfehlung

☐ Internet-Vergleich ☐ Homepage

☐ Werbung ☐ Presse

☐ Makler ☐ _____

Aktionscode

☐ Ja, ich möchte den SECURVITA-Newsletter erhalten.

☐ Ja, ich möchte den Service der SECURVITA-Internet-Filiale nutzen.

Ort, Datum **Unterschrift Antragsteller**

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und 50 SGB XI.
Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt.

securvita KRANKENKASSE

FAMILIENVERSICHERUNGSANTRAG

bitte zurück an:
SECURVITA BKK
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

oder per Fax an:
040 / 3347-9000

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.

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name _____ Vorname _____ KVNR _____

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)

Mein Ehepartner ist selbst versichert ☐ ja Name und Sitz der Krankenkasse _____
☐ nein

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 _____
(bitte ein Datum angeben)

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

Ich möchte den Erinnerungsservice zur Kindervorsorge, ab der U5, per E-Mail nutzen.
Hierbei werden Sie regelmäßig über anstehende Kindervorsorge-Untersuchungen informiert. ☐ ja ☐ nein

Meine E-Mail-Adresse lautet _____

Angaben zu Familienangehörigen

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.
Wir bearbeiten die Familienversicherungsanträge gesondert. Deshalb kann es sein, dass Sie die Versicherungsbestätigungen und die Gesundheitskarten getrennt von denen des Mitglieds erhalten.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

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

securvita
KRANKENKASSE

Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endet / endete am bestand bei (Name der Krankenkasse)	---------- ----------	---------- ----------	---------- ----------	---------- ----------
Art der bisherigen Versicherung	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	---------- (Vorname) ---------- (Nachname)	---------- (Vorname) ---------- (Nachname)	---------- (Vorname) ---------- (Nachname)	---------- (Vorname) ---------- (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)	----------	----------	----------	----------

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	---------- €	---------- €	---------- €	---------- €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	---------- €	---------- €	---------- €	---------- €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlich)	---------- €	---------- €	---------- €	---------- €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (zum Beispiel 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-, Zivil- oder Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	———	vom ---------- bis ----------	vom ---------- bis ----------	vom ---------- bis ----------

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer 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 oben angegebenen Angehörigen verändert (zum Beispiel neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

KK-05-MG 11.16

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

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

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Absender:

_____
Name

_____
Straße

_____
PLZ / Wohnort

_____
Datum

An die Krankenkasse:

_____

_____

_____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß

zum _____ – spätestens jedoch zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte übersenden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung
innerhalb der nächsten 14 Tage.

Mit freundlichen Grüßen

_____
Unterschrift

CORDT WÜRDEMANN
NACHHALTIGE BERATUNG
www.nachhaltige-beratung.de

Gerolsteiner Straße 11a
14197 Berlin
Telefon: 0151 – 144 55 003
cordt.wuerdemann@nachhaltige-beratung.de
www.nachhaltige-beratung.de

Cordt Würdemann
Gerolsteiner Straße 11a
14197 Berlin

Gerne erhalte ich eine Neumitglied-Prämie!

Hiermit bestätige ich die Versendung meines Antrags an die gesetzliche Krankenkasse SECURVITA Krankenkasse. Für den Antrag habe ich das dafür vorgesehene Formular verwendet (siehe vorhergehende Seiten). Ich erhalte die Prämie einmalig, sobald die Krankenkasse mich als Versicherten neu aufgenommen und Herrn Cordt Würdemann als Vermittler bestätigt hat.
Falls ich mich für die Spende entscheide, spendet Herr Würdemann die Prämie einmalig für mich.

☐ Ich akzeptiere die Datenschutzbedingungen und die Speicherung meiner Daten zum Abgleich mit der Krankenkasse, zur Prämienübermittlung und bei gewünschter Kontaktaufnahme.

Ich wähle:

☐ **25 Euro in bar** (der Betrag wird auf mein Konto überwiesen) oder

☐ **25 Euro Spende** an die Aktionsgemeinschaft Artenschutz (AGA) e.V. mit dem Zweck der Sicherung des Lebensraumes von:
☐ Meeresschildkröten oder ☐ Elefanten oder ☐ Geparden

☐ Ich möchte eine Urkunde von der AGA als Nachweis der Spende per Email erhalten. Ich stimme der Weitergabe meiner Daten (Vorname, Nachname, Adresse und Email) an die AGA zu.

☐ Ich wünsche die Kontaktaufnahme durch Cordt Würdemann, um mich unverbindlich zu anderen nachhaltigen Finanzthemen wie z.B. Geldanlagen, Versicherungen oder Altersvorsorge beraten zu lassen.

Meine Kontaktdaten zum Abgleich mit der Krankenkasse und zur Übermittlung der Prämie:

Vorname Nachname

PLZ, Ort Straße, Hausnummer

Emailadresse (optional) Telefon (optional)

NUR bei gewünschter Überweisung:

IBAN BIC Kreditinstitut