



# WERDEN SIE IN FÜNF SCHRITTEN MITGLIED BEI DER SECURVITA KRANKENKASSE! SO EINFACH IST ES:

## Schritt 1



Füllen Sie bitte den Mitgliedsantrag auf der Vorderseite aus.

## Schritt 2



Möchten Sie Ihre Familienangehörigen kostenfrei bei uns mitversichern?  
Nutzen Sie dafür den Familienversicherungsantrag und füllen Sie diesen bitte vollständig aus.

## Schritt 3



Kündigen Sie bitte bei Ihrer bisherigen Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.\*  
Nutzen Sie dazu gerne unseren Kündigungsvordruck.\*\*

## Schritt 4



Schicken Sie uns dann den ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedschaftsantrag zu.  
Die Kündigungsbestätigung Ihrer vorherigen Krankenkasse legen Sie bitte bei. Sie können diese gegebenenfalls auch nachreichen.

Ihre Unterlagen schicken Sie bitte an:  
SECURVITA BKK, Postfach 10 58 29, 20039 Hamburg  
per Fax an: 040 / 3347-9000

## Schritt 5



Nachdem wir Ihnen Ihre Mitgliedsbescheinigung geschickt haben, reichen Sie diese bitte bei der für Sie zur Meldung verpflichteten Stelle (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit etc.) ein.  
Wenn Sie freiwilliges Mitglied Ihrer bisherigen Krankenkasse waren, so reichen Sie unsere Mitgliedsbescheinigung bitte dort ein.

\* Im Regelfall können Sie mit einer Frist von nur zwei Monaten zum Monatsende bei Ihrer bisherigen Krankenkasse kündigen. Voraussetzung: Sie sind seit mindestens 18 Monaten Mitglied dieser Krankenkasse. Erhebt Ihre bisherige Krankenkasse einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie den Zusatzbeitragssatz, so haben Sie ein Sonderkündigungsrecht.

\*\* Falls Ihnen der Vordruck nicht vorliegt, verwenden Sie gerne den folgenden Text:  
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 SGBV eine Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage.  
(Krankenversicherungsnummer, Unterschrift und Datum nicht vergessen)



## 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	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	..... €	..... €	..... €	..... €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... €	..... €	..... €	..... €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 Krankenversicherungsnummer 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 o.a. Angehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

**Einwilligung:** Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten dürfen zur zukünftigen Kontaktaufnahme und zur Information über Leistungen und Services der SECURVITA Krankenkasse zeitlich unbegrenzt gespeichert und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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

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  
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

---