

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

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

Ja, ich möchte ab dem Mitglied der SECURVITA BKK sein oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich möchte Familienangehörige kostenlos mitversichern.

Persönliche Angaben

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

männlich weiblich divers

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Staatsangehörigkeit

Geburtsort / -land

Geburtsname

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft

Kündigungsbestätigung liegt bei Kündigungsbestätigung wird nachgereicht

bisherige Krankenkasse

Pflichtversicherter Arbeitnehmer

Ich befinde mich in Elternzeit ja nein

Ich bin neben meiner Beschäftigung selbstständig tätig ja nein

Freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Firmenzahler Selbstzahler

Ich befinde mich in Elternzeit ja nein

Selbstständig als (bitte Steuerbescheid beilegen)

Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (bitte Leistungsbescheid beifügen)

Rentner (bitte aktuellen Rentenbescheid beifügen)

Mitglied der Künstlersozialkasse

Sonstiges (zum Beispiel Student, Beamter, etc.)

(bitte Sonstiges erläutern)

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

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax (falls bekannt)

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von:

Cordt Würdemann

Vermittlernummer: 2989

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.

Ich bin auf die SECURVITA Krankenkasse aufmerksam geworden durch:

private Empfehlung betriebliche Empfehlung

Internet-Vergleich Website

Werbung Presse

Makler _____

Aktionscode

Ja, ich möchte den SECURVITA-Newsletter erhalten.

Ja, ich möchte den Service der SECURVITA-Online-Geschäftsstelle nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 i.V.m. § 175 SGB V sowie § 60 SGB I und § 206 SGB V. Informationen zum Thema finden Sie auf www.securvita-bkk.de unter dem Punkt Impressum & Datenschutz.

securvita

KRANKENKASSE

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
