

Mitglied werden bei der SECURVITA Krankenkasse

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://kassensuche.de/antrag/116>
- 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 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. 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.

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

FAMILIENVERSICHERUNGSANTRAG

Datenschutzhinweis:

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V. Informationen zum Thema finden Sie auf www.securvita-bkk.de unter dem Punkt Impressum & Datenschutz.

bitte zurück an:

SECURVITA BKK
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

oder per Fax an:

040 / 3347-9000

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)

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

Bitte nutzen Sie für die Kindervorsorge folgende E-Mail-Adresse: _____

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, d = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum				
Gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)



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	<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.

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

versicherung sein. Die von mir neu gewählte Krankenkasse wird Ihnen nach erfolgreichem Wechsel natürlich die entsprechende Bestätigung darüber noch direkt zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift