

## Mitglied werden bei der SECURVITA Krankenkasse

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

**Kassensuche GmbH**  
Zentraler Antragservice  
Vilbeler Landstraße 186  
60388 Frankfurt

**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)

# 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     2 0   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.

Frau  Herr

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

Freiwilligversicherter Arbeitnehmer

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

Telefon

Straße

Hausnummer

Fax (falls bekannt)

PLZ

Ort

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

## Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von:

gesetzlicheKrankenkassen.de  
60388 Frankfurt

**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](http://www.securvita-bkk.de) unter dem Punkt Impressum & Datenschutz.



KRANKENKASSE

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://gesetzlicheKrankenkassen.de) / Kassensuche

# 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)

# 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](http://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)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
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.

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

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