

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 Mitglied der SECURVITA BKK sein!

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

Ich möchte Familienangehörige kostenlos mitversichern. (Formular siehe Rückseite)

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name

Vorname Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon

E-Mail-Adresse

Staatsangehörigkeit

Geburtsort / -land

Geburtsname

Kontonummer BLZ

Kreditinstitut

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft

Angaben zum Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetrieb

Name des Arbeitgebers

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von*:

Glutenfreiheit.org

- pflichtversicherte/-r Arbeitnehmer/-in
 Bezieher/-in von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (bitte Leistungsbescheid beifügen)
 freiwillig versicherte/-r Arbeitnehmer/-in
 Sonstiges (z. B. Studierende/r, Rentner/in, Beamtin/Beamter, im Erziehungsurlaub, etc.)

(bitte Sonstiges erläutern)

Selbständige/r (bitte Steuerbescheid beilegen)

bisherige Krankenkasse

- Die **Kündigungsbestätigung** liegt bei.
 Die **Kündigungsbestätigung** wird nachgereicht.

Renten- / Sozialversicherungsnummer

Einwilligung zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden:

Ja, ich stimme der Übermittlung meiner Daten an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen bis auf Widerruf zu.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

Telefon

Fax (falls bekannt)

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

Ich bin auf die SECURVITA Krankenkasse aufmerksam geworden durch:

- private Empfehlung betriebliche Empfehlung
 Internet-Vergleich Homepage
 Werbung Presse

Aktionscode

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

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

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

* Bitte beachten Sie, dass kein Anspruch auf die Startprämie besteht, wenn Sie durch eine andere Person oder Organisation geworben wurden.

FAMILIENFRAGEBOGEN

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

Mitglied

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Mein/-e Ehepartner/-in ist selbst versichert ja (Name und Sitz der Krankenkasse) _____ nein

Meine Kinder sollen bei mir mitversichert werden ja nein Mein Ehepartner soll bei mir mitversichert werden ja nein

Die Familienversicherung soll beginnen am _____ 20_____

Familienangehörige

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
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 zum Mitglied: leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenversicherung, bei der bisher die Versicherung durchgeführt wurde				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (bitte Nachweise beilegen) Euro Euro Euro Euro
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (z.B. Jahresbruttoarbeitsentgelt aus Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag einer gesetzlichen Rente oder Betriebsrente, sonstige Renten (auch aus dem Ausland) (bitte Nachweise beilegen) Euro Art der Einkünfte Euro Art der Einkünfte Euro Art der Einkünfte Euro Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 18 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstbescheinigung beifügen)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Rentenversicherungsnummer				
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. g. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.
Bitte unbedingt auch von allen Kindern unterschreiben lassen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass die Familienangehörigen der Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.