

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 bei Mitgliedschaftsbeginn

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

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung 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.	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
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 (monatlicher Zahlbetrag)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	..... EUR (Art der Einkünfte)	..... EUR (Art der Einkünfte)	..... EUR (Art der Einkünfte)	..... EUR (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.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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.