

## 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://wiwo.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

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

- 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.

**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

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.

## Persönliche Angaben

Frau  Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon

E-Mail-Adresse

Staatsangehörigkeit

Geburtsort / -land

Geburtsname

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft

Ich bin neben meiner Beschäftigung selbstständig tätig  ja  nein

pflichtversicherter Arbeitnehmer

ich befinde mich in Elternzeit

Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II  
(bitte Leistungsbescheid beifügen)

freiwillig versicherter Arbeitnehmer

ich befinde mich in Elternzeit

Sonstiges (zum Beispiel Student, Beamter, etc.)

(bitte Sonstiges erläutern)

Selbstständiger (bitte Steuerbescheid beilegen)

Rentner (bitte aktuellen Rentenbescheid beifügen)

bisherige Krankenkasse

Die **Kündigungsbestätigung** liegt bei.

Die **Kündigungsbestätigung** wird nachgereicht.

Renten- / Sozialversicherungsnummer

KV-Nummer

Ich stimme dem Datenaustausch mit den Finanzbehörden  
bis auf Widerruf zu.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, senden wir Ihre Mitglieds-  
bescheinigung 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:

Name, Vorname / Vermittler Nummer

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin auf die SECURVITA Krankenkasse aufmerksam  
geworden durch:

private Empfehlung  betriebliche Empfehlung

Internet-Vergleich  Homepage

Werbung  Presse

Makler

Aktionscode

Ja, ich möchte den SECURVITA-Newsletter erhalten.

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

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.

**secur**vita

KRANKENKASSE

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

# FAMILIENVERSICHERUNGSANTRAG

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):  
Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

## 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)

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr.  zu erreichen (freiwillige Angabe)

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

Meine E-Mail-Adresse lautet

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

**secur****ita**

KRANKENKASSE

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

## Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

|   | Ehegatte  | Kind  | Kind  | Kind  |
|---|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung endet / endete am<br>bestand bei (Name der Krankenkasse)   | .....<br>.....  | .....<br>.....  | .....<br>.....  | .....<br>.....  |
| Art der bisherigen Versicherung   | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand,<br>Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft<br>die Familienversicherung abgeleitet wurde | (Vorname) .....   | (Vorname) .....   | (Vorname) .....   | (Vorname) .....   |
|   | (Nachname) .....  | (Nachname) .....  | (Nachname) .....  | (Nachname) .....  |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei<br>(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)<br>(bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides<br>beifügen)  | ..... €                              | ..... €                              | ..... €                              | ..... €                              |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung<br>(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,<br>ausländische Rente, sonstige Renten<br>(monatlich)   | ..... €                              | ..... €                              | ..... €                              | ..... €                              |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne<br>des Einkommensteuerrechts (zum Beispiel<br>Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger<br>Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,<br>Einkünfte aus Kapitalvermögen) | ..... €<br>(Art der Einkünfte) ..... | ..... €<br>(Art der Einkünfte) ..... | ..... €<br>(Art der Einkünfte) ..... | ..... €<br>(Art der Einkünfte) ..... |
| Schulbesuch / Studium<br>(bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder<br>Studienbescheinigung beifügen)   | .....                                | vom .....<br>bis .....               | vom .....<br>bis .....               | vom .....<br>bis .....               |
| Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst<br>(bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)  | .....                                | vom .....<br>bis .....               | vom .....<br>bis .....               | vom .....<br>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 oben angegebenen Angehörigen verändert (zum Beispiel neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

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.

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