

## 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 <https://wiwo.kassensuche.de/antrag/116>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto: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 die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

**Hinweise:** 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. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

**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.

männlich  weiblich  divers

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

## Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Ausbildungsbetrieb

Name des Arbeitgebers bei Mitgliedschaftsbeginn

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax (falls bekannt)

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

## Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von:

Name, Vorname

Vermittler Nummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**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

**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.

Pflichtversicherter Arbeitnehmer

Ich befinde mich in Elternzeit  ja  nein

Ich bin neben meiner Beschäftigung selbstständig tätig  ja  nein

Freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Firmenzahler  Selbstzahler

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.



KRANKENKASSE

# FAMILIENVERSICHERUNGSANTRAG

bitte zurück an:

SECURVITA BKK  
Postfach 10 58 29  
20039 Hamburg

oder per Fax an:  
040 / 3347-9000

## 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.

## Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name	Vorname	KVNR
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)	
Mein Ehepartner ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> ja    Name und Sitz der Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/> nein	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Beginn der Familienversicherung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift