



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Außer wenn Sie in Bremen oder im Saarland wohnen, können Sie in allen anderen Bundesländern in die **SECURVITA Krankenkasse** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **SECURVITA Krankenkasse** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **SECURVITA Krankenkasse** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **SECURVITA Krankenkasse** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **SECURVITA Krankenkasse** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

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 20 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

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, Rentner, 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 Mitgliedsbescheinigung direkt an die zur Meldung verpflichtete Stelle (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

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax (falls bekannt)

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von:

krankenkassennetz.de GmbH

Name, Vorname / Vermittler Nummer

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 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

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice SECURVITA Krankenkasse
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

