



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

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **SECURVITA Krankenkasse** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@kranken Kassennetz.de).

Die **SECURVITA Krankenkasse** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast, wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Vermittler: krankenkassennetz.de GmbH

Ja, ich möchte zum Mitglied der SECURVITA Krankenkasse werden oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Persönliche Angaben

Name	Geburtsort/-land
Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Straße	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
PLZ	Hausnummer
Wohnort	Versichertennummer
Telefon*	Steueridentifikationsnummer
E-Mail-Adresse*	Renten- / Sozialversicherungsnummer
Staatsangehörigkeit	IBAN
	BIC
	Kontoinhaber

Wie und wo waren Sie bisher versichert?

pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert im Ausland

Ich war zuletzt vom bis versichert bei der
Name und Ort der Krankenkasse

Angaben zu Ihrer Versicherung bei uns

Ich bin: pflichtversicherter Arbeitnehmer freiwillig versicherter Arbeitnehmer selbstständig tätig
 Mitglied der Künstlersozialklasse Rentner Student Auszubildender
 Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II Sonstiges (z. B. FSJ, FÖJ) seit dem

Ich bin neben meiner Beschäftigung zusätzlich selbstständig tätig. Ja Nein

Name Arbeitgeber / Arbeitsagentur / Jobcenter / Rentenversicherungsträger	Betriebsnummer (falls bekannt) / Kundennummer
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Telefon	
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Verwandtschaftsgrad
Ich bin an der Firma / Gesellschaft beteiligt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beteiligungsform
Ich befinde mich in Elternzeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Beziehen Sie zusätzlich folgende Einnahmen? Bitte fügen Sie aktuelle Bewilligungs- oder Steuerbescheide und Nachweise bei.

Nein Ja, und zwar: Rente / n Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente / Pension) gesetzliche Rente / n aus dem Ausland
 Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Grundsicherung / Sozialgeld / Hilfe zum Lebensunterhalt

Ja, ich möchte die Online-Geschäftsstelle „Meine SECURVITA“ nutzen. Ja, ich möchte den SECURVITA-Newsletter erhalten.

Ich bin auf die SECURVITA Krankenkasse aufmerksam geworden durch:

private Empfehlung betriebliche Empfehlung Internetportal Website Aktion Aktionscode
 Werbung Presse Makler Kundenmagazin SECURVITAL

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte per Post an: SECURVITA Krankenkasse · Postfach 10 58 29 · 20039 Hamburg oder per E-Mail an: mail@securvita-bkk.de oder per Fax an: 040 3347-9000

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. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.securvita.de/datenschutz-krankenkasse.

* 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.



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.

