krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **SECURVITA Krankenkasse** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschlag zu uns.

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

Die **SECURVITA Krankenkasse** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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: ☐ M ☐ W ☐ D

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Versichertennummer

Steueridentifikationsnummer

Telefon*

Renten- / Sozialversicherungsnummer

E-Mail-Adresse*

IBAN

Staatsangehörigkeit

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 ☐ Nein ☐ Ja Verwandtschaftsgrad

Ich bin an der Firma / Gesellschaft beteiligt ☐ Nein ☐ Ja Beteiligungsform

Ich befinde mich in Elternzeit ☐ Ja ☐ 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.

securvita KRANKENKASSE

KK-05-MG 09.21

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.