

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 <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/116>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an 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

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Vermittlernummer:

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

Persönliche Angaben

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

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Betriebsnummer (falls bekannt) / Kundennummer

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
 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

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (ZUB)

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