

Antrag bitte ausgefüllt zurücksenden an:

**SECURVITA** Krankenkasse  
Postfach 10 58 29  
20039 Hamburg

**Wahltarif erweiterte Kostenerstattung – Teilnahmeerklärung**

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Hiermit wähle ich für mich und sofern zutreffend meine mitversicherten Familienangehörigen die Teilnahme am **Wahltarif erweiterte Kostenerstattung** der SECURVITA Krankenkasse nach § 13h der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Meine Teilnahme am Wahltarif startet mit dem Beginn des vierten Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA Krankenkasse.

Ich wünsche davon abweichend einen späteren Teilnahmebeginn zum: \_\_\_\_\_

**Zahlungsweise der Prämie:**

Die Prämie soll

- monatlich gezahlt werden.
- halbjährlich gezahlt werden, dafür erhalte ich einen Rabatt von 3 % der Prämie.
- jährlich gezahlt werden, dafür erhalte ich einen Rabatt von 5 % der Prämie.

**Einzugsermächtigung:**

Für den Prämieinzug erteile ich die Genehmigung für den Bankeinzug und erhalte dafür einen Rabatt von 2 % der Prämie:  Ja  Nein

SEPA-Einzugsermächtigung/-mandat	
Hiermit ermächtige(n) ich/wir die <b>SECURVITA BKK</b> widerruflich, Prämien von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von der Securvita BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für zurückliegende Prämienzeiträume*.	
Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen im Rahmen des Lastschriftlaufes übermittelt.	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000003253
Name des Geldinstituts:	
IBAN:	BIC:
Name des Kontoinhabers (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	Unterschrift Kontoinhaber
<p>Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem jeweiligen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Telefon (nur bei Rückfragen):	

\*wenn nichtzutreffend bitte streichen

Die Prämienrückerstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

<b>Name des Geldinstituts</b>
<b>IBAN</b>
<b>Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)</b>

Mir sind die Teilnahmebedingungen des **Wahltarifes erweiterte Kostenerstattung** bekannt. Ich erkenne diese an und bin mit den Regelungen einverstanden. Über meine Rechte und Pflichten wurde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Unterschrift des Mitglieds

**Kopie für Ihre Unterlagen**

**SECURVITA Krankenkasse**

Postfach 10 58 29  
20039 Hamburg

**Wahltarif erweiterte Kostenerstattung – Teilnahmeerklärung**

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

Hiermit wähle ich für mich und sofern zutreffend meine mitversicherten Familienangehörigen die Teilnahme am **Wahltarif erweiterte Kostenerstattung** der SECURVITA Krankenkasse nach § 13h der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Meine Teilnahme am Wahltarif startet mit dem Beginn des vierten Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA Krankenkasse.

Ich wünsche davon abweichend einen späteren Teilnahmebeginn zum: \_\_\_\_\_

**Zahlungsweise der Prämie:**

Die Prämie soll

- monatlich gezahlt werden.
- halbjährlich gezahlt werden, dafür erhalte ich einen Rabatt von 3 % der Prämie.
- jährlich gezahlt werden, dafür erhalte ich einen Rabatt von 5 % der Prämie.

**Einzugsermächtigung:**

Für den Prämieinzug erteile ich die Genehmigung für den Bankeinzug und erhalte dafür einen Rabatt von 2 % der Prämie:  Ja  Nein

SEPA-Einzugsermächtigung/-mandat	
Hiermit ermächtige(n) ich/wir die <b>SECURVITA BKK</b> widerruflich, Prämien von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von der Securvita BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für zurückliegende Prämienzeiträume*.	
Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen im Rahmen des Lastschriftlaufes übermittelt.	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000003253
Name des Geldinstituts:	
IBAN:	BIC:
Name des Kontoinhabers (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	Unterschrift Kontoinhaber
<p>_____</p> <p>_____</p>	
Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem jeweiligen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Telefon (nur bei Rückfragen):	

\*wenn nichtzutreffend bitte streichen

Die Prämienrückerstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

<b>Name des Geldinstituts</b>
<b>IBAN</b>
<b>Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)</b>

Mir sind die Teilnahmebedingungen des **Wahltarifes erweiterte Kostenerstattung** bekannt. Ich erkenne diese an und bin mit den Regelungen einverstanden. Über meine Rechte und Pflichten wurde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Unterschrift des Mitglieds

## Teilnahmebedingungen

### Berechtigter Personenkreis

Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich und ihre nach § 10 Sozialgesetzbuch V (SGB V) familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung einen Tarif für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung wählen.

### Leistungsinhalt

Erstattet werden dem Versicherten entstandene und nachgewiesene Kosten für ambulante ärztliche Leistungen, sofern es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt und der Versicherte für diese Leistungen nicht Sach- oder Dienstleistungen durch die Vorlage der Krankenversichertenkarte im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen hat. Zahnärztliche Leistungen, Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sind nicht Bestandteil des Wahltarifes. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen des Tarifes ausgeschlossen. Die Höhe der Erstattung beträgt 92,5 % des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen werden bis maximal zum 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages berücksichtigt.

Eine gleichzeitige Teilnahme an einem der Wahltarife nach §§ 13 c bis 13 f der Satzung der SECURVITA Krankenkasse ist ausgeschlossen. Die Erstattung dieser Leistungen im Rahmen des Wahltarifes erweiterte Kostenerstattung ist nicht möglich.

### Beginn und Ende / Bindungsfrist

Die Wahl des Tarifes erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme am Wahltarif beginnt mit dem Anfang des vierten Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA Krankenkasse.

Wenn nach der Wahl des Tarifes die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.

### Bindungsfrist:

Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Die Bindung an den Wahltarif verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn die Teilnahme am Wahltarif nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der Bindungsfrist gekündigt wird.

Ein Sonderkündigungsrecht des Wahltarifes wird eingeräumt, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde oder beim Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder bei Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion. Näheres regeln § 13h und insbesondere § 7a der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Bei einem Krankenkassenwechsel gilt eine reguläre Bindungsfrist an die Kasse von 18 Monaten entsprechend § 175 Abs. 4 SGB V.

### Prämienhöhe

Das Mitglied hat im Rahmen des Wahltarifes für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 3. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Die Prämienhöhe errechnet sich nach dem Alter des Versicherten nach der Formel „Kalenderjahr der Teilnahme minus Geburtsjahr“.

Das Mitglied erhält einen Rabatt in Höhe von 2 % der Prämie, wenn der SECURVITA Krankenkasse die Genehmigung erteilt wird, die fällige Prämie mittels Bankeinzug von einem Konto abzurufen.

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 3 % der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 5 % der Prämie.

Alter	Prämien ohne Rabatt für die Einzugsermächtigung			Prämien mit 2 % Rabatt für die Einzugsermächtigung		
	Monatliche Prämie in Euro	Halbjahresprämie in Euro (inkl. 3 % Rabatt)	Ganzjahresprämie in Euro (inkl. 5 % Rabatt)	Monatliche Prämie in Euro	Halbjahresprämie in Euro (inkl. 3 % Rabatt)	Ganzjahresprämie in Euro (inkl. 5 % Rabatt)
0-18	19,90	115,82	226,86	19,50	113,50	222,32
19-35	25,50	148,41	290,70	24,99	145,44	284,89
36-45	38,30	222,91	436,62	37,53	218,45	427,89
46-65	51,20	297,98	583,68	50,18	292,02	572,01
über 65	75,00	436,50	855,00	73,50	427,77	837,90

### Leistungsruhen

Ist das Mitglied mit mehr als zwei Monatsprämien im Rückstand, ruht der Anspruch auf Erstattung im Rahmen des Tarifes, bis das Mitglied alle rückständigen Prämien sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, beglichen hat.

### Prämienrückerstattung

Für Versicherte, die in einem vollen Kalenderjahr keine Leistungen aus dem Wahltarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung. Voraussetzung ist, dass die Prämien für das Kalenderjahr sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig gezahlt wurden.

Die Höhe der Prämienrückerstattung beträgt 25 % der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämie. Nimmt ein Versicherter in mehreren aufeinanderfolgenden Kalenderjahren keine Leistungen aus dem Wahltarif in Anspruch, erhöht sich die Prämienrückerstattung mit jedem weiteren vollen Kalenderjahr ohne Leistungen um 5 %, der für den leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien. Die Höhe der Prämienrückerstattung ist auf maximal 50 % der für den jeweils leistungsfreien Versicherten im Kalenderjahr gezahlten Prämien begrenzt.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen bis spätestens 31.05. des Folgejahres vorzulegen.

Die Prämienrückerstattung erfolgt im September des Folgejahres.