

Antrag bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SECURVITA Krankenkasse
 Postfach 10 58 29
 20039 Hamburg

20176990331500019

Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit – Teilnahmeerklärung

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Hiermit wähle ich für mich und sofern zutreffend meine familienversicherten Angehörigen den Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit der SECURVITA Krankenkasse nach § 9a der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Mir ist bekannt, dass für die Prüfung der Prämienauszahlung jeweils das gesamte Kalenderjahr herangezogen wird – unabhängig vom Teilnahmebeginn oder Zeitpunkt der Wahlerklärung.

Meine Teilnahme am Wahltarif und die damit verbundene Bindungsfrist startet mit dem Beginn des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA Krankenkasse.

Ich wünsche davon abweichend einen späteren Teilnahmebeginn zum: _____

Die Prämienauszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	

Mir sind die Teilnahmebedingungen des **Wahltarifs Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit** bekannt. Ich erkenne diese an und bin mit den Regelungen einverstanden. Über meine Rechte und Pflichten wurde ich informiert.

 Ort, Datum / Unterschrift des Mitglieds

WT2001A

Kopie für Ihre Unterlagen

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

20176990331500019

Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit – Teilnahmeerklärung

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Hiermit wähle ich für mich und sofern zutreffend meine familienversicherten Angehörigen den Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit der SECURVITA Krankenkasse nach § 9a der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Mir ist bekannt, dass für die Prüfung der Prämienauszahlung jeweils das gesamte Kalenderjahr herangezogen wird – unabhängig vom Teilnahmebeginn oder Zeitpunkt der Wahlerklärung.

Meine Teilnahme am Wahltarif und die damit verbundene Bindungsfrist startet mit dem Beginn des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der SECURVITA Krankenkasse.

Ich wünsche davon abweichend einen späteren Teilnahmebeginn zum: _____

Die Prämienauszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	

Mir sind die Teilnahmebedingungen des **Wahltarifs Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit** bekannt. Ich erkenne diese an und bin mit den Regelungen einverstanden. Über meine Rechte und Pflichten wurde ich informiert.

WT2001A

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 einen Tarif für die Erstattung eines vollen Monatsbeitrages (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) bei Leistungsfreiheit wählen.

Leistungsinhalt

Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der SECURVITA Krankenkasse versichert waren, erhalten für das abgelaufene Kalenderjahr eine Prämienauszahlung, wenn sie und ihre nach § 10 Sozialgesetzbuch V (SGB V) versicherten Angehörigen jeweils im gesamten Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der SECURVITA Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienauszahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

Für die Prämienauszahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V und § 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs.1 Satz 4 Nr.2 SGB V)
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Ebenfalls unschädlich für die Prämienauszahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die jährliche Prämienauszahlung beträgt 1/12 des in dem Kalenderjahr, für das die Prämienauszahlung gewährt wird, an die SECURVITA Krankenkasse gezahlten und um den Erstattungsbetrag bei der Wahl eines Selbstbehaltes nach § 13b reduzierten Beitrages einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.

Die Prämienauszahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 % und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsfreiheit nicht wählen.

Die Auszahlung der Prämie erfolgt im August des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

Bindungsfrist:

Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt – ausgehend vom Teilnahmebeginn - 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.

Im Falle eines Krankenkassenwechsels gilt eine reguläre Bindungsfrist an die Kasse von 18 Monaten entsprechend § 175 Abs. 4 SGB V.