

ANTRAG AUF FREIWILLIGE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Bitte zurück an:
SECURVITA Krankenkasse
Gruppe Beitrag Selbstzahler
Lübeckertordamm 1 - 3
20099 Hamburg

Die freiwillige Versicherung soll beginnen am:

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Name:	<input type="text"/>	Geburtsstag:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname:	Geburtsname:	Geburtsort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	Hausnummer:	Geburtsland:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
PLZ:	Wohnort:	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Angehörige: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Anzahl der Kinder <input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	(Bitte Geburtsurkunde beifügen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Renten- / Sozialversicherungsnummer:	Krankenversicherungsnummer:	Steueridentifikationsnummer:

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

<input type="checkbox"/> selbstständig als <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Student(in) (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
Erstmalige Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit am: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pensionär(in)
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann
Anzahl der Beschäftigten: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Umschüler(in) (Schulbescheinigung beifügen)
<input type="checkbox"/> Beamter / Beamtin (Beihilfebescheinigung einfügen)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rentner(in)	
<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig tätig und wünsche eine Absicherung zum allgemeinen Beitragssatz mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit. (nur möglich, wenn nicht laufend eine Arbeitsunfähigkeit besteht)	

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist privat krankenversichert.
Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei: <input type="text"/>	<input type="text"/>
	monatliche Bruttoeinnahmen in Euro: <input type="text"/> jährliche Bruttoeinnahmen in Euro: <input type="text"/>

Einnahmen des Mitglieds

Bitte fügen Sie dem Fragebogen geeignete Einkommensnachweise, z. B. den aktuellen Steuerbescheid, Gehaltsnachweise etc., in Kopie bei!

Meine Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 Euro monatlich in 2024

(4.987,50 Euro im Jahr 2023): nein ja

Hierin enthalten ist eine gesetzliche Rente:

nein ja, in Höhe von Euro

	monatlich in Euro	jährlich in Euro
Bruttobetrag Lohn / Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung (bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen)		
Einmalzahlungen (bitte Nachweis beifügen)		
sonstiger geldwerter Vorteil (bitte Nachweis beifügen)		
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (bitte den letzten Einkommenssteuerbescheid; als Existenzgründer bitte Bescheid über Gründerförderung beifügen)		

	monatlich in Euro	jährlich in Euro
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (bitte den letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen)		
Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten, aber ohne Abzug des Steuerfreibetrags (bitte Nachweise beifügen)		
Renten, z. B. Alters-, Hinterbliebenen oder Unfallrenten (bitte aktuellen Bescheid beifügen, auch ausländische Renten)		
Brutto-Versorgungsbezüge z.B. Pension, Betriebs-, Zusatz- und Auslandsrenten (bitte aktuelle Bescheide beifügen)		
Einmalzahlungen aus Versorgungsbezügen und Betriebsrenten		
Bürgergeld (bitte aktuellen Bescheid beifügen)		
Abfindung (bitte Vertrag beifügen)		
Sonstige Einnahmen (bitte Nachweise beifügen)	monatlich in Euro	jährlich in Euro
Art der Einkünfte:		
Art der Einkünfte:		
Angaben zum Lebensunterhalt:		
<input type="checkbox"/> Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen unter 1.178,33 Euro für das Jahr 2024 (1.131,67 Euro im Jahr 2023).		
<input type="checkbox"/> Ich habe keine eigenen Einnahmen. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____		

Für Rückfragen bin ich telefonisch erreichbar unter:

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.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort Datum Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der SECURVITA Krankenkasse notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter www.securvita.de/datenschutz-krankenkasse oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Information gerne zu.

*wenn nicht zutreffend, bitte streichen

Bitte zurück an:

SECURVITA Krankenkasse
Gruppe Beitrag Selbstzahler
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

SEPA-Lastschriftmandat für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Gläubigeridentifikationsnummer:	DE87ZZZ00000003253
Mandatsreferenz:	Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen im Rahmen des Lastschriftlaufes übermittelt.

Versichertennummer:	
---------------------	--

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
----------------	--	---------------	--

Anschrift:	
------------	--

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die SECURVITA Krankenkasse widerruflich, Beiträge von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein / wir unser Kreditinstitut an, die von der SECURVITA Krankenkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
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.

Das SEPA-Mandat gilt ab sofort oder ab

T	T	M	M	J	J	J	J

Beitragsrückstände sollen nicht eingezogen werden

Kreditinstitut:	
-----------------	--

IBAN:	
-------	--

BIC:	
------	--

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch)
--

Ort	Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
-----	-------	--------------------------------

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der SECURVITA Krankenkasse notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter www.securvita.de/krankenkasse/sonstiges/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Information gerne zu.