

# 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 Bürgergeld  Sonstiges (z. B. FSJ, FÖJ) seit dem

Ich bin neben meiner Beschäftigung zusätzlich selbstständig tätig.  Ja  Nein

<input type="text"/> Name Arbeitgeber / Arbeitsagentur / Jobcenter / Rentenversicherungsträger	<input type="text"/> Betriebsnummer (falls bekannt) / Kundennummer
<input type="text"/> Straße	<input type="text"/> Hausnummer
<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort
<input type="text"/> Telefon	
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Verwandtschaftsgrad <input type="text"/>
Ich bin an der Firma / Gesellschaft beteiligt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beteiligungsform <input type="text"/>
Ich befinde mich in Elternzeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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  Bürgergeld

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  Aktionscode

<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> 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](http://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