

Antrag bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

20176990329900012

Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsverzicht – Teilnahmeerklärung

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

Hiermit wähle ich den Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsverzicht – Selbstbehalt – der SECURVITA Krankenkasse nach § 13b der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Meine Teilnahme am Wahltarif 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: _____

Prämienauszahlung

Die Prämienauszahlung soll auf das untenstehende Konto erfolgen.

SEPA-Einzugsermächtigung/-mandat	
Hiermit ermächtige(n) ich/wir die SECURVITA BKK 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

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

Ort, Datum / Unterschrift des Mitglieds

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.

WT3001A

Kopie für Ihre Unterlagen

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

20176990329900012

Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsverzicht – Teilnahmeerklärung

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

Hiermit wähle ich den Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsverzicht – Selbstbehalt – der SECURVITA Krankenkasse nach § 13b der Satzung der SECURVITA Krankenkasse.

Meine Teilnahme am Wahltarif 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: _____

Prämienauszahlung

Die Prämienauszahlung soll auf das untenstehende Konto erfolgen.

SEPA-Einzugsermächtigung/-mandat	
Hiermit ermächtige(n) ich/wir die SECURVITA BKK 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

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

Ort, Datum / Unterschrift des Mitglieds

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.

WT3001A

Teilnahmebedingungen

Berechtigter Personenkreis:

Alle Mitglieder der SECURVITA Krankenkasse, die Beiträge zahlen und deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Nicht teilnehmen können Mitglieder, die eine Ratenzahlung vereinbart haben und Mitglieder, wenn die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a Sozialgesetzbuch V (SGB V) -2 Monate im Beitragsrückstand - erfüllt sind.

Prämie

Wenn Sie sich für den Wahltarif Prämienauszahlung bei Leistungsverzicht entscheiden, erhalten Sie eine Prämie von 300 Euro, max. jedoch 20 Prozent* der von Ihnen zu zahlenden Beiträge pro Kalenderjahr, ausgezahlt. Bei der Wahl mehrerer Wahltarife erhalten Sie für die betroffenen Wahltarife insgesamt max. 900 Euro, bzw. max. 30 Prozent der von Ihnen gezahlten Beiträge im Jahr. Die Prämienauszahlung für diesen Wahltarif erfolgt in zwei Raten (im Januar und Juli) für den vorangegangenen Zeitraum.

Beginn der Laufzeit

Die Laufzeit beginnt mit dem auf den Eingang der vollständigen Teilnahmeunterlagen folgenden Kalendermonat. Wenn Sie den Tarif im Laufe eines Kalenderjahres wählen, werden der Selbstbehalt und die Prämienauszahlung anteilig berechnet.

Bindungsfrist / Ende des Wahltarifs

Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem Sie Ihre Teilnahme erklärt haben. Der Wahltarif und die Bindungsfrist verlängern sich um weitere drei Jahre, sofern Sie diesen nicht drei Monate vor Ablauf der Bindungsfrist kündigen.

Ein Sonderkündigungsrecht des Tarifes 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 Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (Näheres regelt § 13b der Satzung der SECURVITA Krankenkasse).

Vollständige Übernahme der Beiträge von Dritten

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

Selbstbehalt

Die folgenden Leistungen (sofern diese nicht unmittelbar wegen einer Schwangerschaft oder Entbindung benötigt werden) sind bis zu einem Betrag von 600 Euro pro Kalenderjahr selbst zu tragen:
Fahrkosten mit Ausnahme von Rettungsfahrten, Ambulante Vorsorgekuren (Badekuren Zuschuss von 13 Euro/Tag), Mutter-Kind-Kuren (Vorsorge und Rehabilitation), Haushaltshilfe, Heilmittel (z. B. anthroposophische Heilmittel wie Heileurythmie und rhythmische Massage nach Wegman, Physiotherapie und Osteopathie), Leistungen aus Verträgen der Integrierten und der besonderen ambulanten Versorgung (z. B. Homöopathie, Naturheilkundevertrag, Hebammenvertrag).

Bitte setzen Sie sich vor der Inanspruchnahme dieser Leistungen mit uns in Verbindung und benutzen Sie zur Abrechnung Ihre Krankenversichertenkarte.

Wir werden die in Anspruch genommenen Leistungen bis max. 600 Euro, gegebenenfalls anteilig der teilgenommenen Monate pro Kalenderjahr, im August des Folgejahres von Ihrem Konto einziehen. Dazu erteilen Sie uns eine Einzugsermächtigung. Vorab erhalten Sie ein informierendes Schreiben.

*Eine Begrenzung auf 20 Prozent tritt ein, wenn Sie weniger als 1.500 Euro an Beiträgen (Mitgliederanteil) pro Kalenderjahr bezahlen.