

# ANTRAG AUF FREIWILLIGE VERSICHERUNG

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

Die freiwillige Versicherung soll beginnen am:

## Persönliche Angaben

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

## Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

<input type="checkbox"/> selbstständig als <input type="text"/> Erstmalige Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit am: <input type="text"/> Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: <input type="text"/> Anzahl der Beschäftigten: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Student(in) (Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Pensionär(in) <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/> Schüler(in) / Umschüler(in) (Schulbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beamter / Beamtin (Beihilfebescheinigung einfügen) <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="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist privat krankenversichert. <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. bei!

Meine Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro monatlich in 2021

(4.687,50 Euro im Jahr 2020):  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)		

**secur**  **ita**

KRANKENKASSE

	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)		
Grundsicherung		
Brutto-Versorgungsbezüge z.B. Pension, Betriebs-, Zusatz- und Auslandsrenten (bitte aktuelle Bescheide beifügen)		
Einmalzahlungen aus Versorgungsbezügen und Betriebsrenten		
Sozialhilfe (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:		
<b>Angaben zum Lebensunterhalt:</b>		
<input type="checkbox"/> Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen unter 1.096,67 Euro für das Jahr 2021 (1.061,67 Euro im Jahr 2020).		
Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____		

## SEPA-Lastschriftmandat für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000003253

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die SECURVITA BKK widerruflich, Beiträge 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 Beitragszeiträume\*.

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.

_____	
Geldinstitut:	_____
IBAN:	BIC:
_____	_____
Name des Kontoinhabers: (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	Unterschrift Kontoinhaber:
_____	_____

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](http://www.securvita.de/datenschutz-krankenkasse) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Information gerne zu.

\*wenn nicht zutreffend, bitte streichen