

Der schnellste Weg zur Securita BKK



Ergänzen Sie die Antragsunterlagen und senden Sie diese unterschrieben an Meine-Krankenkasse-wechseln

Post: Meine-Krankenkasse-wechseln
Roland Rakow
Schmachthäger Str. 43
22309 Hamburg

E-Mail: Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de

Fax: 040 2286 2176 9



Die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse können Sie an Meine-Krankenkasse-wechseln oder direkt an Ihre neue Krankenkasse senden.



Nachdem uns die Securita BKK Ihre Mitgliedschaft bestätigt hat, senden wir Ihnen Ihren Wechselbonus zu.

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Bitte füllen Sie den Antrag leserlich in Blockbuchstaben und in dunkler Farbe aus.

Ja, ich möchte ab dem Mitglied der SECURVITA BKK sein!

Sollte dies nicht möglich sein, dann bitte zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich möchte Familienangehörige kostenlos mitversichern.

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon

E-Mail-Adresse

Staatsangehörigkeit

Geburtsort / -land

Geburtsname

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft

Ich bin neben meiner Beschäftigung selbstständig tätig ja nein

pflichtversicherter Arbeitnehmer

ich befinde mich in Elternzeit

Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II
(bitte Leistungsbescheid beifügen)

freiwillig versicherter Arbeitnehmer

ich befinde mich in Elternzeit

Sonstiges (zum Beispiel Student, Beamter, etc.)

(bitte Sonstiges erläutern)

Selbstständiger (bitte Steuerbescheid beilegen)

Rentner (bitte aktuellen Rentenbescheid beifügen)

bisherige Krankenkasse

Die **Kündigungsbestätigung** liegt bei.

Die **Kündigungsbestätigung** wird nachgereicht.

Renten- / Sozialversicherungsnummer

KV-Nummer

Ich stimme dem Datenaustausch mit den Finanzbehörden
bis auf Widerruf zu.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, senden wir Ihre Mitglieds-
bescheinigung direkt an die zur Meldung verpflichtete Stelle
(z.B. Arbeitgeber, Agentur für Arbeit). Sollten Sie damit nicht
einverstanden sein, geben Sie uns bitte einen Hinweis.

Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Ausbildungsbetrieb

Name des Arbeitgebers bei Mitgliedschaftsbeginn

Telefon

Straße

Hausnummer

Fax (falls bekannt)

PLZ

Ort

Betriebs-Nr. (falls bekannt)

Freiwillige Angaben

Ich wurde geworben von:

Name, Vorname / Vermittler Nummer

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin auf die SECURVITA Krankenkasse aufmerksam
geworden durch:

private Empfehlung betriebliche Empfehlung

Internet-Vergleich Homepage

Werbung Presse

Makler

Aktionscode

Ja, ich möchte den SECURVITA-Newsletter erhalten.

Ja, ich möchte den Service der SECURVITA-Internet-
Filiale nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und 50 SGB XI.
Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt.

securvita

KRANKENKASSE