

zurück an:

BKK SBH
Postfach 1124
78635 Trossingen

von:

Name:
Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon/Handy:
Kundennummer:

Wahlentscheidung Krankengeld

- Bitte kreuzen Sie das auf Sie Zutreffende jeweils an -

Ich bin:

hauptberuflich selbständig tätig unständig bzw. kurzzeitig beschäftigt

und verliere im Falle meiner Arbeitsunfähigkeit meine Einkünfte ganz oder überwiegend:

ja nein

Ich will, dass die BKK SBH meinen Versicherungsschutz ab dem _____
mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähig-
keit (mit dem allgemeinen anstatt dem ermäßigten Beitragssatz) durchführt.

Mir ist bekannt, dass ich an diese Entscheidung für drei Jahre gebunden bin. Erst zum Ab-
lauf dieser drei Jahre kann ich diese Wahlentscheidung kündigen und mich wieder zum er-
mäßigten Beitragssatz ohne Anspruch auf Krankengeld versichern.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes