

ICH WERDE FREIWILLIGES MITGLIED

Mitgliedschaftsbeginn
 | | | | 2 | 0 | | |

Sozialversicherungsnummer (bitte unbedingt angeben)

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen* <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail-Adresse*	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Anlagen ausfüllen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsname	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	

LICHTBILD
für die Gesundheitskarte

Laden Sie einfach Ihr aktuelles Lichtbild hoch: www.bkk-sbh.de/egk

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

meine bisherige Krankenkasse/Ort	Versicherungsart <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privatversichert
Versicherungszeit vom _____ bis _____	

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung bei oder reichen Sie diese nach!

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/Personenkreis

Beginn bzw. Dauer der Tätigkeit: vom _____ bis _____

Selbständig als: Anzahl der wöchentl. Arbeitsstunden: _____
 Anzahl der Beschäftigten: _____

Arbeitnehmer(in) Name des Arbeitgebers: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 PLZ, Ort: _____

Beamter / Beamtin Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge: ja nein

Pensionär(in) Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge: ja nein

Rentner(in)

Hausfrau / Hausmann

Schüler(in) / Umschüler(in) / Student(in)
 Name/Art der Schule: _____ Vollzeitstudium: ja nein

Sozialhilfeempfänger(in)

Schüler/Studenten:
Schulbescheinigung bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Krankengeld

Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit (AU)
 nein ja

Ich habe im Falle einer AU einen tatsächlichen Verdienstausfall
 nein ja

Angaben zum Lebensunterhalt

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.350,00 €, eine gesetzliche Rente und / oder Versorgungsbezüge erhalte ich nicht
 ja nein, bitte 2. Seite ausfüllen

Krankengeld für Selbständige:
An Ihre Wahl des Krankengeldes sind Sie 3 Jahre gebunden.

Einwilligungen

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die BKK SBH meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung übermittelt. Sofern die Steuer-ID nicht angegeben wird, darf sie die BKK SBH auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern.
 Steuer-ID: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mich die BKK SBH schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Geldinstitut _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | (BLZ) | | | | | | | | | | | | (Kontonummer)

D; E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ich ermächtige die BKK SBH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK SBH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch
 Internet: www.bkk-sbh.de
 Postwurfsendung
 Vermittler: _____

Ihr Mitglied (Prämie für):
 Name: _____
 KV-Nr.: _____

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). Angaben im Steuerbescheid über Ihre Steuerschuld können von Ihnen geschwärzt werden. * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

weiter auf Seite 2...

Alle Vorteile und Infos unter www.bkk-sbh.de

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe



FÜR DIE BEITRAGSBERECHNUNG

Name, Vorname

Versicherungsnummer

Angaben zur Beitragsberechnung

Familienstand

ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden seit _____
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG (Bitte Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)

Mein Ehegatte/Lebenspartner ist wie folgt krankenversichert

pflicht-
 freiwillig -
 familien-
 privatversichert (bitte geben Sie zusätzlich die Einnahmen Ihres Ehegatten an)

Güterstand bei Verheirateten oder Lebenspartnern nach dem LPartG (nur anzugeben, wenn der Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist)

Gütergemeinschaft
 Gütertrennung
 Zugewinnngemeinschaft

Ich habe Kinder (Wegfall Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung)

gemeinsam, nicht gesetzlich versicherte, unterhaltsberechtigte Kinder

nein
 ja (Geburtsurkunde eines Kindes liegt bei)

Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder:

Angaben zum Lebensunterhalt

Meine Einnahmen liegen unter 991,67 €, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen

Einnahmen aus einer unselbständiger Arbeit

(Arbeitsentgelt, Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung, Dienstbezüge, Einmalzahlungen, Sonderzahlungen etc.), bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei

→ Einmalzahlungen (Urlaubsgeld,

Weihnachtsgeld u.a.) bitte Nachweis beifügen

→ sonstiger geldwerter Vorteil, bitte Nachweis beifügen

Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei

Einkünfte aus Vermietung und

Verpachtung, bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei

Einkünfte aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Steuerfreibetrages, bitte fügen Sie Nachweise bei

Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten), bitte aktuelle Bescheide beifügen

→ Art: _____

→ Art: _____

Grundsicherung

Brutto-Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen

→ Art: _____

→ Art: _____

→ Einmalzahlungen

Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen

Abfindung, bitte Vertrag beifügen

sonstige Einnahmen, bitte Nachweise beifügen

→ Art: _____

→ Art: _____

Einnahmen des Versicherten

monatlich jährlich

Einnahmen des Ehegatten

monatlich jährlich

Einnahmen Ehegatte:

Angaben zum Einkommen des Ehegatten benötigen wir nur dann, wenn Ihr Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über künftige 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



Alle Vorteile und Infos unter
www.bkk-sbh.de

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe

