

ICH WERDE MITGLIED DER BKK SBH

Mitgliedschaftsbeginn
2 0

Pflichtmitglied
 freiwilliges Mitglied

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/eqk

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!

Arbeitnehmer/-in

Name des Arbeitgebers
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Betriebsnummer / Ansprechpartner im Betrieb
Beginn der Beschäftigung
Tätigkeit
beschäftigt als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r

Selbständig

Ich erziele Arbeitseinkommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab/seit:	
Art der Tätigkeit / Gesellschaftsform	
Dauer der Tätigkeit Std./Woche	Arbeitseinkommen im Durchschnitt €/Monat

Selbständige:
Bitte Einkommensteuer-
bescheid beifügen.

Arbeitnehmer:
Die 8-stellige Betriebs-
nummer bitte angeben,
sofern bekannt.

Rentner/-in, Rentenantragsteller/-in

Rentenart	Rentenzeichen
Rentenversicherungsträger	

Rentner:
Bitte Bescheid(e) über in-
und ggf. ausländische
Renten / Versorgungsbezüge
beifügen.

Student/-in

an folgender Hoch-/Fachhochschule	
voraussichtlich bis	Ich bin in folgendem Fachsemester

Studenten:
Bitte Immatrikulations-
bescheinigung beifügen.

Arbeitslose:
Bitte Leistungsbescheid
beifügen.

Arbeitslos

ab/seit
Kundennummer
Name des Leistungsträgers
Anschrift/Ort des Leistungsträgers

Befreiung von der Versicherungspflicht

Ich habe mich von der Versicherungspflicht befreien lassen <input type="checkbox"/> zur Krankenversicherung <input type="checkbox"/> zur Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> zur Rentenversicherung	
--	--

Befreiung:
Bitte Befreiungsbescheid
beifügen.

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.

Bankverbindung* (für evtl. Auszahlungen an Sie)

Geldinstitut		
IBAN	(BLZ)	(Kontonummer)
D E		

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

Unterschrift

Ort, Datum
Unterschrift

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, § 93 SGB XI i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

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

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe

