

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*
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
Geburtsort	Geburtsname Staatsangehörigkeit

LICHTBILD
für die Gesundheitskarte



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

Angaben zum bisherigen Versicherungsschutz

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	

Arbeitnehmer/-in

Name des Arbeitgebers
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Betriebsnummer / Ansprechpartner im Betrieb
Beginn der Beschäftigung
Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens in Euro <input type="checkbox"/> bis zu 5.400,00 € <input type="checkbox"/> 5.400,01 € bis 60.750,00 € <input type="checkbox"/> über 60.750,00 €
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 Stunden pro Woche
Arbeitseinkommen im Durchschnitt € pro Monat

Rentner/-in, Rentenantragsteller/-in

Rentenart	Rentenzeichen
Rentenversicherungsträger	

Student/-in

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

Arbeitslos

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

Bankverbindung* (für evtl. Auszahlungen an Sie)

Geldinstitut	BIC	
IBAN	(BLZ)	(Kontonummer)
D E		

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.

Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

Empfehlungsprämie an:	Beratung durch Vermittler:	intern SBID
Name:	Name:	
Vorname:	Nr.:	
Anschrift:		

Unterschrift

Ort, Datum
Unterschrift

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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage: www.bkk-sbh.de/datenschutz/

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



NEU: Online-Geschäftsstelle
Jetzt 365 Tage im Jahr rund
um die Uhr für Sie geöffnet!
Login: www.bkk-sbh.de

