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
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?
☐ nein ☐ ja, bitte Anlagen ausfüllen

Geschlecht
☐ männlich ☐ weiblich
☐ unbestimmt ☐ divers

Geburtsdatum | 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

Versicherungszeit
vom bis

Versicherungsart
☐ Pflichtmitglied ☐ freiwilliges Mitglied
☐ familienversichert ☐ privatversichert

Arbeitnehmer/-in

Name des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Betriebsnummer / Ansprechpartner im Betrieb

Beginn der Beschäftigung

Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens in Euro
☐ bis zu 5.400,00 € ☐ 5.400,01 € bis 62.550,00 € ☐ über 62.550,00 €

beschäftigt als
☐ Arbeitnehmer/-in ☐ Auszubildende/-r

Arbeitslos

ab/seit

Kundennummer

Name des Leistungsträgers

Anschrift/Ort des Leistungsträgers

Selbständig

Ich erziele Arbeitseinkommen
☐ nein ☐ 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

Bankverbindung* (für evtl. Auszahlungen an Sie)

Geldinstitut | BIC

IBAN DE | (BLZ) | (Kontonummer)

Datenübermittlung und Einwilligungen

Die BKK SBH übermittelt meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 10 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2b EStG an die zuständige Stelle der Finanzverwaltung.

Meine Steuer-ID:

☐ Ja, die BKK SBH soll die Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern.

☐ 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:
Name: .....
Vorname: .....
Anschrift: .....

Beratung durch Vermittler:
Name: .....
Nr.: .....

intern SBID

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

BKK SBH – Bewertung Bereich Gesundheitsförderung durch FOCUS MONEY* Hervorragend *Heft 07/2019

BKK SBH – Bewertung Bereich Zahnmedizinische Versorgung durch FOCUS MONEY* Hervorragend *Heft 07/2019

BKK SBH – günstiger Zusatzbeitrag 0,7%

BKK SBH