

Werden Sie Mitglied unserer Familie!

Jetzt zur BKK SBH wechseln und Vorteile nutzen

Ja! Ich werde
freiwilliges Mitglied!

Mitgliedschaftsbeginn

Antrag auf BKK SBH Mitgliedschaft

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail-Adresse

m w d x

telefonisch erreichbar unter

Geschlecht

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort/-land

Staatsangehörigkeit

Familienstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

eingetragene Partnerschaft

Sozialversicherungsnummer (optional)

bisherige Krankenkasse

Familienangehörige beitragsfrei mitversichern?

ja

nein

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

Beginn der Tätigkeit

Ende der Tätigkeit

Selbständig als:

Arbeitnehmer:

Name + Anschrift des Arbeitgebers

Beamter/-in oder Pensionär/-in

Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge:

ja

nein

Rentner/-in

Hausfrau/-mann

Schüler/-in, Umschüler/-in, Student/-in (Schulbescheinigung bitte beifügen)

ja

nein

Vollzeit

Sozialhilfeempfänger

Krankengeld für Selbstständige

Kein Krankengeld

Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (s. Zusatzklärung)

Für die Beitragsberechnung

Ich habe Kinder (Wegfall Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung – Geburtsurkunde bitte beifügen)

ja

nein

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 €, eine gesetzliche Rente und / oder Versorgungsbezüge erhalte ich nicht

ja

nein, 2. Seite

Beitragszahlung (SEPA-Lastschriftmandat)

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Kreditinstitut

D E

IBAN

(BLZ)

(Kontonummer)

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.

Datenübermittlung und Einwilligungen

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

Meine Steuer-ID

Ja!

Ich bin damit einverstanden, dass mich die BKK SBH schriftlich (auch per E-Mail & SMS) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

Empfehlung oder Beratung durch

interner Vermerk (SBID)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kunde werben und 25 € Prämie sichern!

Unterschrift

Ort

Datum

Unterschrift

Lichtbild für Ihre Gesundheitskarte

QR-Code mit dem Smartphone scannen oder bequem unter bkk-sbh.de/egk hochladen.



Sie möchten Mitglied werden und haben Fragen? Rufen Sie uns gerne an:

07425 94003-0

Alle Vorteile und Infos unter: bkk-sbh.de



Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK SBH und Ihrer Rechte nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten Sie unter bkk-sbh.de/datenschutz

Werden Sie Mitglied unserer Familie!

Für die Beitragsberechnung

Persönliche Angaben
<input type="text"/>
Name, Vorname
<input type="text"/>
Versicherungsnummer

Für die Beitragsberechnung
Mein Ehegatte/Lebenspartner ist wie folgt krankenversichert:
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (bitte geben Sie zusätzlich die Einnahmen Ihres Ehegatten/Lebenspartners an)
gemeinsam, nicht gesetzlich versicherte, unterhaltsberechtignte Kinder <input type="text"/>
Anzahl
Meine Einnahmen liegen unter 1.096,67 €, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:
<input type="text"/>

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen	Einnahmen des Versicherten		Einnahmen des Ehegatten*	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einnahmen aus einer unselbständiger Arbeit (Arbeitsentgelt, Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung, Dienstbezüge, Einmalzahlungen, Sonderzahlungen etc.), bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung , bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einkünfte aus Kapitalvermögen , vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Steuerfreibetrages, bitte fügen Sie Nachweise bei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten), bitte aktuelle Bescheide beifügen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grundsicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brutto-Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialhilfe , bitte Bescheid beifügen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abfindung , bitte Vertrag beifügen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige Einnahmen , bitte Nachweise beifügen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Die Angaben zum Ehegatten sind nur dann erforderlich, wenn Ihr Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Erklärung
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.

Unterschrift
<input type="text"/>
Ort <input type="text"/>
Datum <input type="text"/>
<input type="text"/>
Unterschrift

 Sie möchten Mitglied werden und haben Fragen? Rufen Sie uns gerne an:
07425 94003-0

BKK SBH – Bewertung durch das **HANDELSBLATT***
GKV-Qualitätsrating **Kundenperformance**
Note **Exzellent**
*11/2020

www.krankenkasseninfo.de
Note **1,1** **Sehr Gut**
Stand 09/2020
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
gesetzliche Krankenkassen



Alle Vorteile und Infos unter: bkk-sbh.de

Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK SBH und Ihrer Rechte nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten Sie unter bkk-sbh.de/datenschutz