

Werden Sie Mitglied unserer Familie!

Ja! Ich werde
freiwilliges Mitglied!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitgliedschaftsbeginn

Antrag auf BKK SBH Mitgliedschaft

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonisch erreichbar unter m w d x
Geschlecht

Geburtsname Geburtsdatum

Geburtsland & Geburtsort Staatsangehörigkeit

Familienstand
 ledig verheiratet geschieden verwitwet eingetragene Partnerschaft

Sozialversicherungsnummer (optional) bisherige Krankenkasse

Art der Versicherung Mitglied Fami PKV

Familienangehörige beitragsfrei mitversichern? ja nein

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

Beginn Ende

Selbständig als

Schüler/-in, Umschüler/-in, Student/-in (Schulbescheinigung bitte beifügen) } Vollzeit ja nein

Arbeitnehmer
Name + Anschrift des Arbeitgebers

Beamter/-in oder Pensionär/-in } Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge: ja nein

Rentner/-in Hausfrau/-mann Sozialhilfeempfänger

Krankengeld für Selbstständige

Kein Krankengeld Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (s. Zusatzerklärung)

Für die Beitragsberechnung

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

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.987,50 €, eine gesetzliche Rente und / oder Versorgungsbezüge erhalte ich nicht } ja nein, 2. Seite


Beitragszahlung (SEPA-Lastschriftmandat)

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Kreditinstitut

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.


Unterschrift Kontoinhaber

Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

Empfehlung oder Beratung durch interner Vermerk (SBID)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort


25 € Empfehlungsprämie sichern

Datenschutzerklärung

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.

Unterschrift

Ort Datum


Unterschrift

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



07425 94003-0

Alle Vorteile und Infos unter: bkk-sbh.de



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



