

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

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 5.175,00 €, 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.



Persönliche Angaben

Name, Vorname

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

Versicherungsnummer

Für die Beitragsberechnung

Mein Ehegatte/Lebenspartner ist wie folgt krankenversichert:

gesetzlich **nicht gesetzlich** (bitte geben Sie zusätzlich die Einnahmen Ihres Ehegatten/ Lebenspartners an)

gemeinsam, nicht gesetzlich versicherte, unterhaltsberechtignte Kinder Anzahl

Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 €, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen

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



* 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

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

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

