

Werden Sie Mitglied unserer Familie!

Ja! Ich werde als Student Mitglied!

Mitgliedschaftsbeginn

Antrag auf BKK SBH Mitgliedschaft

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonisch erreichbar unter

Geschlecht m w d x

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsland & Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Familienstand
 ledig verheiratet geschieden verwitwet eingetragene Partnerschaft

Sozialversicherungsnummer (optional)

bisherige Krankenkasse

Familienangehörige beitragsfrei mitversichern? ja nein

Angaben zum Studium

Name der Hoch-/Fachhochschule

Beginn

Ende

Bitte fügen Sie zu den genannten Angaben den Nachweis oder die Immatrikulationsbescheinigung hinzu.

Beschäftigung oder Praktikum

Name des Arbeitgebers

Adresse (Straße, Hausnummer + PLZ, Ort)

Stunden/Woche

€

Wöchentliche Arbeitszeit

monatliches Bruttoentgelt

Beginn

voraussichtliches Ende

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



07425 94003-0

Alle Vorteile und Infos unter: bkk-sbh.de

Verlängerungsmöglichkeiten

Beginn

Ende

Nachweis bitte beifügen!

Zivildienst Wehrdienst Zeitsoldat

Krankheit (mind. 3 Monate) Behinderung Schwangerschaft

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



Lichtbild für Ihre Gesundheitskarte

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



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

BKK SBH