

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 bisherigen
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



Lichtbild für Ihre Gesundheitskarte

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

scan me!



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



07425 94003-0

Alle Vorteile und Infos unter:
bkk-sbh.de

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 5.512,50 €, 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.

X

Unterschrift Kontoinhaber

Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

Empfehlung oder Beratung durch

interner Vermerk (SBID)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**25 € Empfehlungs-
prämie sichern**

Datenschutzerklärung zu Werbezwecken

☐ **JA!** Ich bin damit einverstanden, dass die BKK SBH meine angegebenen Kontaktdaten und die Information über mein Versicherungsverhältnis speichert und nutzt. Hierbei kann mich die BKK SBH auch unter Einschaltung eines beauftragten Dienstleisters über die Vorteile, insbesondere Leistungsangebote, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners, auch per E-Mail, Telefon oder SMS, informieren und beraten. Sofern aus dem zu meiner Person bestehenden Versicherungsverhältnis weitere Kontaktdaten (Telefon- und Mobilfunknummer, E-Mail Adresse) vorliegen, bin ich damit einverstanden, dass auch diese Kontaktdaten zu den genannten Zwecken verarbeitet werden.

Unterschrift

Ort

Datum

X

Unterschrift

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 1.248,33 €, 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.

monatliche

monatliche

Einnahmen aus einer **selbständiger Tätigkeit**

(nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei.

jährliche

jährliche

Einkünfte aus **Vermietung und Verpachtung**,

bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei.

jährliche

jährliche

Einkünfte aus **Kapitalvermögen**

(nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei.

jährliche

jährliche

Renten

(z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten), bitte aktuelle Bescheide beifügen.

monatliche

monatliche

Grundsicherung

monatliche

monatliche

Brutto- Versorgungsbezüge

(z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen.

monatliche

monatliche

Sozialhilfe,

bitte Bescheid beifügen.

monatliche

jährliche

monatliche

jährliche

Abfindung,

bitte Vertrag beifügen.

monatliche

jährliche

monatliche

jährliche

sonstige Einnahmen,

bitte Nachweise beifügen.

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](https://www.bkk-sbh.de/datenschutz)