

Werden Sie Mitglied unserer Familie!

Ja! Ich werde Mitglied!

Mitgliedschaftsbeginn

Antrag auf BKK SBH Mitgliedschaft

<input type="text"/>	
Name, Vorname	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort	
<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	m w d x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefonisch erreichbar unter	
<input type="text"/>	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland & Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer (optional)	bisherige Krankenkasse
Art der bisherigen Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Fami <input type="checkbox"/> PKV	
Familienangehörige beitragsfrei mitversichern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zum Arbeitgeber

<input type="text"/>	
Name des Arbeitgebers	
<input type="text"/>	
Adresse (Straße, Hausnummer + PLZ, Ort)	
Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> bis zu 7.236 € <input type="checkbox"/> 7.236 € - 77.400 € <input type="checkbox"/> über 77.400 €	Beginn der Beschäftigung
<input type="text"/>	

Angaben bei Arbeitslosigkeit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitslos seit/ab	Kundennummer
<input type="text"/>	
Name des Leistungsträgers	
<input type="text"/>	
Adresse (Straße, Hausnummer + PLZ, Ort)	

weitere Informationen

- ☐ Ich beziehe Rente oder rentenähnliche Einnahmen
- ☐ Ich habe Einkünfte aus einer selbstständigen Tätigkeit
- ☐ Ich beziehe Rente oder rentenähnliche Einnahmen (z. B. Betriebsrente, Waisenrente, Pension)

Meine Bankverbindung

<input type="text"/>		
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)		
<input type="text"/>		
Kreditinstitut		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	(BLZ)	(Kontonummer)


Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empfehlung oder Beratung durch	interner Vermerk (SBID)
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort	

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

BKK SBH