

zurück an:

BKK SBH
Postfach 1124
78635 Trossingen

Kundendaten

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Kunden-Nr.: _____
Telefon/mobil: _____
E-Mail: _____

*) Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen in diesem Zusammenhang verwendet.

Wahlentscheidung Krankengeld

- Bitte kreuzen Sie das auf Sie Zutreffende jeweils an -

Ich bin:

hauptberuflich selbständig tätig unständig bzw. kurzzeitig beschäftigt

und verliere im Falle meiner Arbeitsunfähigkeit meine Einkünfte ganz oder überwiegend:

ja nein

Ich will, dass die BKK SBH meinen Versicherungsschutz ab dem _____._____._____ mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit (bei einem Beitragssatz von 17,39 %) durchführt.

Mir ist bekannt, dass ich an diese Entscheidung für drei Jahre gebunden bin. Erst zum Ablauf dieser drei Jahre kann ich diese Wahlentscheidung kündigen und mich wieder zum ermäßigten Beitragssatz ohne Anspruch auf Krankengeld versichern.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes