

# Werden Sie Mitglied unserer Familie!

Ja! Ich werde Mitglied!

Mitgliedschaftsbeginn

## Antrag auf BKK SBH Mitgliedschaft

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonisch erreichbar unter

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsland & Geburtsort

Familienstand

Sozialversicherungsnummer (optional)

bisherige Krankenkasse

Art der Versicherung

Familienangehörige beitragsfrei mitversichern?

## Angaben als Rentner/-in

Rentenart

Rentenversicherungsnummer (RVNR)

Rentenversicherungsträger

## Meine Bankverbindung

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Kreditinstitut

IBAN (BLZ) (Kontonummer)

## Ich wurde auf die BKK SBH aufmerksam durch

Empfehlung oder Beratung durch

interner Vermerk (SBID)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

25 € Empfehlungsprämie sichern

## Angaben zum Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers

Adresse (Straße, Hausnummer + PLZ, Ort)

Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens

Beginn der Beschäftigung

## 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

## Angaben bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslos seit/ab

Kundennummer

Name des Leistungsträgers

Adresse (Straße, Hausnummer + PLZ, Ort)



**Lichtbild** für Ihre Gesundheitskarte  
QR-Code mit dem Smartphone scannen oder  
bequem unter [bkk-sbh.de/egk](http://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](http://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](http://bkk-sbh.de/datenschutz)

**BKK SBH**