



Antrag

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger BKK werden!

- als Pflichtversicherter
- als freiwillig Versicherter
- als Auszubildender / Student

Beitritt zum nächstmöglichen Termin, frühestens (Tag / Monat / Jahr)*

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon-Nummer

Mobil

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Bankverbindung

Bankleitzahl, Konto-Nr.

Rentenversicherungs-Nr.

- Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder über meine E-Mail-Adresse über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.

Geschlecht:

weiblich

männlich

* In Abhängigkeit Kündigungsbestätigung Vorkasse.

Vorkasse: _____
(Name/Anschrift)

**Bitte vergessen Sie nicht die
Kündigungsbestätigung Ihrer
vorigen Kasse bei uns einzureichen**

Name, Anschrift des Arbeitgebers:

Familienversicherung:

Möchten Sie Angehörige beitragsfrei¹ mitversichern? Ja Nein
¹ vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen

	Ehegatte <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Kind <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Kind <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Ggf. abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: z.B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel		<input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind

Gewünschter Tarif:

BKKSparTarif mit Beitragsrückzahlung
(Die Tarifkonditionen habe ich zur Kenntnis genommen, die Teilnahmebedingungen sind mir bekannt.)

BKKSparTarifPlus mit Beitragsrückzahlung und Selbstbehalt
(Die Tarifkonditionen habe ich zur Kenntnis genommen, die Teilnahmebedingungen sind mir bekannt.)

Bitte gewünschte Höhe des Selbstbehalts auswählen: 100 EUR 200 EUR 300 EUR

Kein Wahltarif

Datum

Unterschrift

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger BKK zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Interne
Bearbeitungshinweise:

Berater-/Vermittler-Nr.:

Name:

Aktions-Nr.:

**Antrag gleich ausfüllen und absenden an:
Schwenninger BKK,
78044 Villingen-Schwenningen**

Schwenninger **BKK**
Mit Sicherheit gesünder Leben

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!