



Antrag

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger Krankenkasse werden !

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

Beraternummer Vertrieb*

Antrags-/Vertragsnummer (Barcode)*

*interne Bearbeitungsvermerke

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

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

neue Krankenversicherungs-Nr

Telefon-Nummer

Mobil

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Bankverbindung

Bankleitzahl, Konto-Nr.

Staatsangehörigkeit

männlich weiblich

Rentenversicherungs-Nr.

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

* In Abhängigkeit Kündigungsbestätigung Vorkasse.

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

Vorkasse: _____
(Name/Anschrift)

Name, Anschrift des Arbeitgebers:

Familienversicherung:

Möchten Sie Angehörige mitversichern? Ja Nein

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben setzen wir uns mit Ihnen zur Durchführung der kostenfreien Mitversicherung Ihrer Angehörigen in Verbindung

	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:

Bei Spartarifen bitte Einkommen eingeben:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SparTARIF mit Beitragsrückzahlung und Vorschuss
(Tarifkonditionen zur Kenntnis genommen, Teilnahmebedingungen sind bekannt). | <input type="checkbox"/> 1.001 € - 1.500 € |
| | <input type="checkbox"/> 1.501 € - 2.000 € |
| | <input type="checkbox"/> 2.001 € - 2.500 € |
| <input type="checkbox"/> SparTARIFplus mit Beitragsrückzahlung und Selbstbehalt und Vorschuss
(Tarifkonditionen zur Kenntnis genommen, Teilnahmebedingungen sind bekannt).
Bitte gewünschte Höhe des Selbstbehalts auswählen: | <input type="checkbox"/> 2.501 € - 3.000 € |
| <input type="checkbox"/> 100 EUR <input type="checkbox"/> 200 EUR <input type="checkbox"/> 300 EUR | <input type="checkbox"/> 3.001 € - 3.500 € |
| | <input type="checkbox"/> über 3.500 € |

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:

Name:

Aktions-Nr.

Antrag gleich ausfüllen und absenden an:

**Die Schwenninger BKK,
78044 Villingen-Schwenningen**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Die Schwenninger
Krankenkasse

