



# Antrag

**Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger BKK 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 Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort neue Krankenversicherungs-Nr

Telefon-Nummer Mobil

Geburtsdatum E-Mail-Adresse

[ | | | | | | | | | | ]  
BIC Bank

[ D | E | | | | | | | | | | | | | | | | ]  
IBAN

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

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

## Gewünschter Tarif:

Bei Spartarifen bitte Einkommen eingeben:

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