

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger 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

Krankenversicherungs-Nr.

Telefon-Nummer

Mobil

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

[| | | | | | | | | |]

BIC

Bank

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

IBAN

männlich

weiblich

Rentenversicherungs-Nummer

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

** In Abhängig von der Kündigungsbestätigung Ihrer aktuellen Krankenkasse.

**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

Wahltarif:

Für Wahltarif bitte Ihr monatliches Bruttoeinkommen angeben:

SparTARIF mit Beitragsrückzahlung und Vorschuss
(Tarifkonditionen zur Kenntnis genommen, Teilnahmebedingungen sind bekannt)

- 1.001 € – 1.500 €
- 1.501 € – 2.000 €
- 2.001 € – 2.500 €
- 2.501 € – 3.000 €
- 3.001 € – 3.500 €
- über 3.500 €

Kein Wahltarif

Datum

Unterschrift

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger Krankenkasse 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 Krankenkasse
78044 Villingen-Schwenningen

Die Schwenninger
Krankenkasse

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!