Mit Sicherheit gesünder leben

Die Schwenninger Krankenkasse

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger werden

Beraternummer 99109

Mitgliedschaft ab: T T M M J J J J

Meine **persönlichen Angaben**:

Herr ☐ Frau ☐ verheiratet ☐ ledig ☐

Vorname

Name

Geburtsdatum T T M M J J J J

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bevorzugten Kontakt-weg bitte ankreuzen

☐ Telefon*

☐ Mobil*

☐ E-Mail*

Rentenvers.-Nummer

Geburtsland, -ort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

*Freiwillige Angaben

Mein **Arbeitgeber** / Meine Agentur für Arbeit:

Betriebsnr. falls bekannt

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Personalabteilung

Zusätzlich beziehe ich:

☐ Rente/Betriebsrente ☐ Arbeitslosengeld

☐ Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit ☐ Beihilfe

☐ Sonstiges

in Höhe von Euro monatlich

Meine jetzige **Kranken- und Pflegeversicherung**:
Ich war **die letzten 18 Monate** bei folgender Krankenkasse:

Name

Ort

☐ als Mitglied versichert ☐ als Familienangehörige/r versichert

Ich habe derzeit einen **Wahltarif** ☐ ja ☐ nein

☐ Wahltarif mit Selbstbehalt, seit T T M M J J J J

☐ Wahltarif ohne Selbstbehalt, seit T T M M J J J J

Jetzige Krankenkasse gekündigt ☐ ja ☐ nein

Art der **Mitgliedschaft**:

☐ Ich bin pflichtversicherter Arbeitnehmer

☐ Ich bin freiwillig versicherter Arbeitnehmer

☐ Ich bin selbstständig**

☐ Ich bin Student**

☐ Ich bin Rentner**

☐ Ich bin Arbeitslosengeldbezieher

☐ Sonstige freiwillige Versicherung**

☐ Ich möchte meine **Angehörigen** mitversichern**

** Wir werden uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ein **Lichtbild** für die elektronische Gesundheitskarte:

☐ liegt bei ☐ wird von mir hochgeladen

Hinweis: Auf www.Die-Schwenninger.de/lichtbild haben Sie die Möglichkeit, ein digitales Bild hochzuladen.

Meine **Bankverbindung**:

IBAN

BIC

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich bin mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden (kreuzen Sie diese bitte entsprechend an):

☐ Durch die freiwillige Angabe meiner Telefonnummer, erkläre ich mich einverstanden, künftig von der Schwenninger Krankenkasse angerufen zu werden.

☐ Durch die freiwillige Angabe meiner E-Mail-Adresse, erkläre ich mich einverstanden, künftig Informationen der Schwenninger Krankenkasse zu erhalten.

☐ Ich bin damit einverstanden, Newsletter per E-Mail über Angebote, Leistungen, Beiträge und Aktionen zu den Themen Gesundheit, Prävention sowie Neuigkeiten und Änderungen der Schwenninger Krankenkasse zu erhalten. (Die Bestätigungsmail erhalten Sie in den nächsten Tagen. Bitte bestätigen Sie diese.)

Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Bestätigung meiner Angaben:

Datum T T M M J J J J

Unterschrift ggf. des Erziehungs-berechtigten

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. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Schwenninger Krankenkasse finden Sie unter: www.Die-Schwenninger.de/Datenschutz.

Ansprechpartner:

49240230_01/19