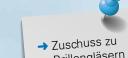
PREMIUMLEISTUNGEN FÜR ALLE!





- Reiseimpfungen bis 250,-€ je Kalenderjahr
- → Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung
- → Bonusheft für Vorsorgeuntersuchungen
- und vieles mehr



- Brillengläsern oder Kontaktlinsen
- → Zuschuss zur hochwertigen Zahnfüllung
- → Erweiterte Hautkrebsvorsorge
- und vieles mehr



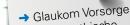
- → Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung
- → Erweiterte Hautkrebsvorsorge
- → Zuschuss zu Brillengläsern oder Kontaktlinsen
 - → und vieles mehr











- Osteopathische Behandlungen zu 80% bis 240,-€ im Jahr
- → PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs
- → Knochendichtemessung zur Osteoporosefrüherkennung
- → Multiparametrische Magnetresonanztomographie der Prostata mpMRT



- → Extra Leistungspaket bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- → Osteopathische Behandlungen zu 80% bis 240,-€ im Jahr
- → Mädchensprechstunde
- und vieles mehr

Jetzt wechseln!

... weil wir optimal zu Ihren Bedürfnissen passen!



www.bkk-scheufelen.de

UNSERE EXZELLENTEN LEISTUNGEN

- → Professionelle Zahnreinigung 75,- €
- → Bonus 185,-€
- → Aktivwoche 200,– €
- → Vorsorge+ 50,- €
- Wir erstatten Reiseimpfungen pauschal bis maximal 250,-€ je Kalenderjahr
- → Attraktive Wahltarife (Rückerstattung bis zu 600,– € im Jahr)
- → Osteopathie 240,- €
- → Zuschuss Sehhilfe 50,- €
- → Zahnfüllung je Zahn 25,- €
- Persönlicher Ansprechpartner





... um optimal versorgt zu bleiben!

FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG



Beitrittserklärung per Fax an 07021 7374297 oder per E-Mail an vm@bkk-scheufelen.de

1. Persönliche Angaben: Bitte ausfülle	en bzw. ankreuzen! * Freiw	illige Angaben		
Name:	Vorname:		Geburtsdatum:	Geschlecht: männlich wei unbestimmt dive
Straße und Nr.:	PLZ und Ort:		:	Familienstand:
Telefon*:	Handy*:		E-Mail*:	
Sozialversicherungsnummer:	olversicherungsnummer: Geburtsname, Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:	
Für eventuelle Erstattungen		1	Für eventuelle Erstattungen	
IBAN:			BIC:	
2. Beginn der Mitgliedschaft: Bitte z	zutreffendes Feld ausfüllen	bzw. ankreuzen!		
Ich beantrage die Mitgliedschaft bei Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversic				- ONeir
3. Angaben zum Versicherungsver				en 🗍 Nein
Arbeitnehmer/in	martins. Ditte zutrenend	e reider austulien	DZW. ankreuzen!	
Name und Anschrift des Arbeitgebers:		Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers: Tel.: Fax:		
		Meine Tätigkeit ist: Geringfügig entlohnt (Minijob) kranken	versicherungspflichtig	krankenversi
Ausbildung		Beitragsabführung durch (nur wenn krankenversicherungsfrei) Arbeitgeber Arbeitnehmer		
☐ Freiwillig Versicherte/r – Bitte zus	sätzlich die "Anlage zu	ır freiwilligen	Kranken- und Pflegever	sicherung" ausfüll
Tätigkeit als: Selbstständige/r Beam Freiwillige/r Rentner/in (Vorve			stätig	
☐ Student/ in oder Schüler/in – Bitte	lmmatrikulations- bz	w. Schulbescl	neinigung beifügen!	
Tag der Einschreibung / Anmeldung:		Name	und Anschrift der Hochschul	e / Uni / Schule:
☐ Ich bin Schüler/in und beende meine Schule	e vorauss. am:			
☐ Rentner/in oder Rentenantragsstel	ller/in – Bitte Kopie d	es Rentenbeso	cheides beifügen!	
Ich beziehe folgende gesetzliche Rente(n):		Name des / der Rentenversicherungsträger(s):		
Datum der Antragstellung:		Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente): Nein Ja (Bitte Bescheid beifügen)		
☐ Arbeitssuchende/r – Bitte Kopie d				
	es Bewilligungsbesc	heides beifüge	en!	
Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosen			en! e die Leistung seit dem:	
		Ich bezieh		
Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosen	geld 1 🔲 Bürgergeld	Ich bezieho Ort des Lei	e die Leistung seit dem: stungsträgers:	
Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosen Kundennummer (wenn bekannt):	geld 1 🔲 Bürgergeld ng: Bitte zutreffende Felde	Ort des Lei er ausfüllen bzw. a n einer gesetzlich	e die Leistung seit dem: stungsträgers: nkreuzen!	rivat versichert
Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosen: Kundennummer (wenn bekannt): 4. Angaben zur letzten Versicherun Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der B	geld 1 Bürgergeld ng: Bitte zutreffende Felde KK Scheufelen war ich: familienversichert i zugezogen aus den	Ort des Lei er ausfüllen bzw. a n einer gesetzlich n Ausland	e die Leistung seit dem: stungsträgers: nkreuzen!	
Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosen: Kundennummer (wenn bekannt): 4. Angaben zur letzten Versicherun Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der B Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	geld 1	Ort des Lei er ausfüllen bzw. a n einer gesetzlich n Ausland	e die Leistung seit dem: stungsträgers: nkreuzen! en Krankenkasse	
Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosen: Kundennummer (wenn bekannt): 4. Angaben zur letzten Versicherun Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der B Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse von – bis:	geld 1	Ort des Lei er ausfüllen bzw. a in einer gesetzlich n Ausland er Krankenkasse)	e die Leistung seit dem: stungsträgers: nkreuzen! en Krankenkasse p	