



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **SBK** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkasseninfo.de](mailto:info@krankenkasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **SBK** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **SBK** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **SBK** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **SBK** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Herzlich willkommen bei der SBK!

vermittelt durch: krankenkassennetz.de GmbH

Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem

Ihr Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ INT-Nr. \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben:

Frau  Herr  Divers

Geburtsdatum

## Familienangehörige:

Mein Ehe-/ Lebenspartner

Geburtsdatum

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

ist zurzeit versichert bei \_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Mein Ehe-/Lebenspartner soll zukünftig mit mir bei der SBK kostenfrei familienversichert werden.

Festnetznummer privat\* \_\_\_\_\_ Handynummer privat\* \_\_\_\_\_

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die zukünftig mit mir bei der SBK kostenfrei familienversichert werden.

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Für die kostenfreie Familienversicherung von Angehörigen machen Sie bitte Angaben im gesonderten Fragebogen.

Rentenversicherungsnr. oder Geburtsort, -land und -name \_\_\_\_\_

Bundeseinheitliche Krankenversicherungsnr.\* \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 12 Monaten:

Meine bisherige Krankenkasse

von  bis

## Angaben für die Versicherung bei der SBK:

Ich bin  Arbeitnehmer  Auszubildende(r)  
 Selbstständige(r)  Student(in)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:

Name des Arbeitgebers / der Hochschule \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Ich bin beschäftigt als: \_\_\_\_\_

## Foto Gesundheitskarte:

per Online-Upload  per Post (Lichtbildformular)

seit / ab:

## Weitere wichtige Angaben:

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (64.350 €)

Nein  Ja

Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenantrag gestellt.

Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge).

Ich beziehe Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit.

## Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §206 und 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter [sbk.org/datenschutz](http://sbk.org/datenschutz).

\* Die Angabe ist freiwillig und wird zum Zweck der Durchführung der Versicherung erhoben. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen, z. B. per E-Mail an [widerruf@sbk.org](mailto:widerruf@sbk.org).

Würden Sie uns weiterempfehlen?

Ja

Nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir sind auf deiner Seite.



Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice SBK  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

