



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
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **SBK** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkasseninfo.de).

Die **SBK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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 _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Festnetznummer privat* _____ Handynummer privat* _____

E-Mail* _____

Rentenversicherungsnr. oder Geburtsort, -land und -name _____

Bundeseinheitliche Krankenversicherungsnr.* _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

Angaben für die Versicherung bei der SBK:

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

Name des Arbeitgebers / der Hochschule _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Ich bin beschäftigt als: _____

seit / ab:

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (64.350 €)

Nein Ja

Name _____ Vorname _____

ist zurzeit versichert bei _____
Krankenkasse

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

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

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

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 12 Monaten:

Meine bisherige Krankenkasse

von

bis

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum

Foto Gesundheitskarte:

per Online-Upload per Post (Lichtbildformular)

Weitere wichtige Angaben:

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.

* 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.

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.

