



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **SBK** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **SBK** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **SBK** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **SBK** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Herzlich willkommen bei der SBK!

Starke Leistung. Ganz persönlich.



Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben:

Frau  Herr

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat\*

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil\*

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

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnr. oder bundeseinheitliche Krankenversicherungsnr.

\_\_\_\_\_  
Ansonsten: Geburtsort, -land und -name

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Familienstand

## Selbständige Tätigkeit:

\_\_\_\_\_  
selbständig / freiberuflich tätig seit

\_\_\_\_\_  
als

\_\_\_\_\_  
Zahl meiner durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsstunden  
(einschließlich erforderlicher Vor- und Nacharbeit)

\_\_\_\_\_  
Zahl der beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_  
Zahl der beschäftigten versicherungsfreien Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_  
Zahl der durchschnittlich wöchentlichen Arbeitsstunden  
aller versicherungsfreien Arbeitnehmer

Die Höhe meiner Einnahmen aus der selbständigen Tätigkeit können Sie  
aus einem letzten Einkommenssteuerbescheid ersehen.

Eine Kopie füge ich bei

Ja

Nein, für die Zeit meiner selbständigen / freiberuflichen Tätigkeit liegt  
mir noch kein Steuerbescheid vor. (Sofern Sie länger als 6 Kalender -  
monate selbständig beziehungsweise freiberuflich tätig sind, bitte eine  
Kopie Ihrer aktuellen Gewinn- / Verlustrechnung des laufenden  
Kalenderjahres beifügen)

## Für Existenzgründer:

(kürzer als 6 Kalendermonate selbständig / freiberuflich tätig)

Aufgrund meiner selbständigen / freiberuflichen Tätigkeit liegt  
mir von meinem Finanzamt ein Vorauszahlungsbescheid über  
die Einkommenssteuer vor:

Ja (bitte Kopie beifügen)

Nein, mein geschätztes Einkommen entnehmen Sie bitte  
der nachfolgenden Aufstellung:

geschätztes durchschnittliches  
monatliches Bruttoeinkommen: \_\_\_\_\_ Euro

geschätzte durchschnittliche  
monatliche Betriebsausgaben: \_\_\_\_\_ Euro

geschätzter durchschnittlicher  
monatlicher Gewinn: \_\_\_\_\_ Euro

Neben meinen Einkünften aus meiner selbständigen / freiberuflichen  
Tätigkeit verfüge ich über weitere Einnahmen:

Zum Beispiel Überbrückungsgeld bzw. Existenzgründerzuschuss der  
Agentur für Arbeit (bitte Bescheid beifügen), Abfindung wegen Verlust  
des Arbeitsplatzes in den letzten drei Jahren, Geschäftsführervergütung,  
Mieteinnahme, Rente, Zins- und Kapitalerträge etc.

Nein

Ja \_\_\_\_\_

Art der Einnahmen

\_\_\_\_\_ Euro

monatlicher Betrag Zeitraum (von - bis)

## Familienangehörige:

Mein Ehe-/ Lebenspartner

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die gesetzlich familienversichert sind.

**Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten:**

\_\_\_\_\_  
Meine bisherige Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

pflichtversichert     freiwillig versichert     familienversichert

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Kündigungsbestätigung:**

lege ich bei     reiche ich nach

**Anspruch auf Krankengeld:**

Ich möchte ab der 7. Woche mit Anspruch auf Krankengeld versichert sein.

Nein     Ja

**Weitere wichtige Angaben:**

Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenantrag gestellt.

Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge)

Erklärung zum Pflegeversicherungsbeitrag:  
Haben Sie Kinder?     Nein     Ja, ein Nachweis ist beigefügt

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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 (§§ 5 ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren.  
\*Die Angabe der Telefonnummern / E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Würden Sie uns weiterempfehlen?     Ja     Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA - Lastschriftmandat.

Starke Leistung. Ganz persönlich.



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ0000031973

\_\_\_\_\_  
Versicherter

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Ich ermächtige die Siemens-Betriebskrankenkasse/SBK-Pflegekasse die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SBK gezogenen Lastschriften einzulösen.

\_\_\_\_\_  
Beginn der Abbuchung

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Mitglied identisch):

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Sollte ich Leistungen von der SBK erstattet bekommen, so kann die Erstattung auf das gleiche Konto erfolgen:

Ja  Nein, Leistungserstattungen bitte auf folgendes Konto vornehmen:

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

## Hinweise:

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ist Ihr Konto nicht gedeckt, muss Ihre Bank die Abbuchung nicht einlösen. Die Bank berechnet bei einer erfolglosen Abbuchung eine Gebühr, die wir dann an Sie weitergeben müssen. Über die Höhe der abzubuchenden Beträge informieren wir Sie mindestens 5 Tage vor der ersten Abbuchung mit dem Beitragsbescheid. Selbstverständlich werden wir Ihre Daten geschützt und vertraulich behandeln und nicht an einen Dritten weiter geben.

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber für Abbuchung  
(falls abweichend)

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

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

