

Bitte zurück an:

SBK
Postfach 20 17 65
80017 München

Beitrittserklärung

Ich möchte SBK-Mitglied werden ab _____

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____ E-Mail: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

falls nicht vorhanden, bitte Geburtsort, -land sowie Geburtsnamen angeben und zusätzlich:

Geschlecht: männlich weiblich Staatsangehörigkeit: _____

Ich bin beschäftigt seit / ab: _____ bei der Firma: _____

als (Beruf) _____ Mein Monatsgehalt (brutto) liegt unter 4.012,50 € über 4012,50 €

Anschrift der Firma oder Personalabteilung: _____

Ansprechpartner: _____ Telefonnummer: _____

2. Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten:

selbst versichert

	von	bis	bei (Name und Anschrift angeben)
<input type="checkbox"/> familienversichert			

über meine(n) Ehegatten/in: *) _____ geb. _____

über meine(n) Mutter/Vater: *) _____ geb. _____

*) **wenn zutreffend, bitte Vorname und Geburtsdatum des Ehegatten bzw. Elternteils angeben!**

Meine bisherige Krankenkasse habe ich bereits gekündigt ja nein

Meine Kündigungsbestätigung / Versicherungsbescheinigung füge ich bei reiche ich nach

3. Weitere wichtige Angaben:

Beziehen Sie Rente oder haben Sie einen Rentenantrag gestellt? Nein Ja, Name des Versicherungsträgers _____

Beziehen Sie rentenähnliche Leistungen (Versorgungsbezüge)? Nein Ja, Name der Zahlstelle: _____

Haben Sie Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit? Nein Ja

Besteht eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung? Nein Ja

Stehen Sie wegen einer Wehrdienstbeschädigung oder Unfallverletzung in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

Die Versichertenkarte meiner bisherigen Krankenkasse habe ich bereits zurückgegeben

lege ich diesem Fragebogen bei.

Damit wir Ihnen künftige Leistungen schnell überweisen können, bitten wir um Angabe Ihrer Bankverbindung:

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

4. Angaben zum Familienstand:

Ich... bin ledig bin verwitwet lebe getrennt bin geschieden seit
 bin verheiratet lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG.
 Mein Ehegatte möchte für einen Kassenwechsel zur SBK... ein Beratungsgespräch Ja Nein
 Informationsmaterial Ja Nein

5 Mitzuversichernde Familienangehörige:

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert sind bzw. werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen. (Angaben für den Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist).

	Ehe-/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen: z.B. Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind				
selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezüge, Mieten, Zinsen, o.ä.				
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Schulbesuch / Studium Wenn ja, wird Schule/Studium in den nächsten zwei Jahren beendet?		bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbesuchsbescheinigung beifügen!		
		Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ danach?	Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ danach?	Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ danach?
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Ist eine Rente, Arbeitslosengeld oder andere Sozialleistung beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer:

Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort / Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o. a. Familienangehörigen verändert oder diese eine Beschäftigung/ Ausbildung oder sonstige Tätigkeit aufnehmen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. (Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)

ggf. Unterschrift der Angehörigen