

SBK
Postfach 20 17 65
80017 München

Herzlich willkommen bei der SBK!

Ja, ich werde SBK-Kunde ab dem

Persönliche Angaben:

Frau Herr

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon privat Telefon mobil

E-Mail

Versichertennummer

Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

sonst: Geburtsort, -land und -name

Staatsangehörigkeit

Angaben für die Versicherung bei der SBK:

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

Name des Arbeitgebers / der Hochschule

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Ich bin beschäftigt / tätig als

seit / ab

Mein jährlicher Bruttoverdienst inklusive Urlaubs- und Weihnachts-
 geld beträgt rund Euro.

Angaben zum Versichertenverhältnis 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:

Meine Kündigungsbestätigung lege ich bei reiche ich nach

Bankverbindung:

Bank

Kontonummer BLZ

Kontoinhaber

Weitere wichtige Angaben:

Ich beziehe Rente bzw. habe einen Rentenanspruch gestellt.

Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (z. B. Betriebsrente, Versorgungsbezüge).

Es besteht eine anerkannte Wehrdienstbescheinigung/Unfallverletzung. Ich bin deshalb in ärztlicher Behandlung.

Ich beziehe Arbeitsentgelt aus selbstständiger Tätigkeit.

So bin ich auf die SBK aufmerksam geworden:

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versichertenverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. Die Angabe der Telefonnummern/E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____

Ja, ich möchte Familienangehörige beitragsfrei bei der SBK mitversichern.

Bitte diese Seite nur ausfüllen, wenn „Ja“ angekreuzt.

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 Ehe-/Lebenspartner möchte für einen Kassenwechsel zur SBK... ein Beratungsgespräch Informationsmaterial

Mitversichernde Familienangehörige:

Angaben für den Ehe-/Lebenspartner 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 Ehe-/Lebenspartners sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ggf. abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen: z. B. Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<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 <input type="checkbox"/> nein
Einkommensart: z. B. Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezüge, Mieten, Zinsen o. Ä.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis <input type="text"/>	vom bis <input type="text"/>	vom bis <input type="text"/>	vom bis <input type="text"/>
Schulbesuch/Studium Wenn ja, wird Schule/Studium in den nächsten zwei Jahren beendet? (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbesuchsbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> nein ja, am <input type="text"/> danach? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein ja, am <input type="text"/> danach? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein ja, am <input type="text"/> danach? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein ja, am <input type="text"/> danach? <input type="text"/>
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> vom bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vom bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vom bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vom bis <input type="text"/>
Ist Rente, Arbeitslosengeld oder andere Sozialleistung beantragt?	<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 <input type="checkbox"/> nein
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vorhanden ist:				
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Tätigkeiten aufnehmen.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versichertenverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. Die Angabe der Telefonnummern/E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____

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 _____