

Familienversicherung

Deutsche Post 
ANTWORT
SBK
80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

Anschrift

Bei Fragen: [sbk.org/familienversicherung](https://www.sbk.org/familienversicherung)

Angaben zur Überprüfung der Familienversicherung (neue Versicherte)

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

- Mitglied bei der SBK
 Mitglied bei der _____
 Familienangehöriger bei der _____
 nicht gesetzlich krankenversichert (Name der Krankenkasse)

Familienstand

- verheiratet seit
 verwitwet
 getrennt lebend
 geschieden seit
 ledig
 eingetragene Lebenspartnerschaft
(Angaben bitte unter Ehepartner)

Erreichbarkeit bei Rückfragen

Telefon Festnetz, privat* _____ Telefon Festnetz, geschäftlich* _____
Mobil, privat* _____ Mobil, geschäftlich* _____
E-Mail* _____

Allgemeine Angaben zum Ehepartner

Mein Ehepartner ist selbst versichert

- nein ja _____
(Name der Krankenkasse)

Anschrift der Krankenkasse

Sofern Sie verheiratet sind, benötigen wir die Angaben zum Ehepartner auch dann, wenn ausschließlich Ihr(e) Kind(er) bei uns familienversichert wird/werden. Falls Ihr Ehepartner privat oder nicht versichert ist, benötigen wir Angaben zu dessen Einkommen.

Bitte fügen Sie einen Einkommensnachweis Ihrer Angehörigen bei. Nützliche Tipps zum Ausfüllen des Fragebogens finden Sie in der beiliegenden Ausfüllhilfe.

Grund für die Aufnahme der Familienangehörigen

Mein Ehepartner ① _____ soll familienversichert werden wegen:

- Heirat am
 Er/Sie war mit mir bei meiner letzten Krankenkasse familienversichert
 Er/Sie war bisher selbst krankenversichert
 Sonstiger Grund

Beginn der Familienversicherung des Ehepartners bei der SBK:

.....

Mein(e) Kind(er) ② _____ soll(en) familienversichert werden wegen:

- Geburt am Mehrlingsgeburt
 Er/Sie war(en) mit mir bei meiner letzten Krankenkasse familienversichert
 Er/Sie war(en) bis mit meinem/meiner Ehepartner/-in familienversichert bei der

Name der Krankenkasse

- Er/Sie war(en) bis selbst krankenversichert
 Sonstiger Grund

Beginn der Familienversicherung des Kindes/der Kinder bei der SBK:

.....

Versichertennummer

Name, Vorname

Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehepartner ①	Kind ②	Kind ②	Kind ②
Vorname:	_____	_____	_____	_____
Name:	_____	_____	_____	_____
Bitte senden Sie uns bei von Ihnen (Mitglied) abweichendem Namen eine Heiratsurkunde oder einen Abstammungsnachweis mit diesem Fragebogen zu, soweit uns diese/r noch nicht vorliegt.				
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:
Telefon Festnetz*:	_____	_____	_____	_____
Telefon mobil*:	_____	_____	_____	_____
E-Mail*:	_____	_____	_____	_____
Ggf. abweichende Anschrift:	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (Adoptivkinder gelten als leibliche Kinder)		<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Verwandtschaft Kinder zum Ehepartner:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.				
Die bisherige Versicherung endete am:
Und sie bestand bei (Name Krankenkasse):	_____	_____	_____	_____
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, bei der der Angehörige mit-versichert war:	_____	_____	_____	_____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/-versicherung):	_____	_____	_____	_____

Versichertennummer

Name, Vorname

Kind ②

Kind ②

Kind ②

Vorname:

Name:

Schulbesuch oder Studium:
(Bei Kindern ab 22 Jahren bitte
Schul- oder Immatrikulations-
bescheinigung beifügen)

Schule
 Hochschule
 nein

Schule
 Hochschule
 nein

Schule
 Hochschule
 nein

seit

.....
.....

seit

.....
.....

seit

.....
.....

Wenn ja, wann wird die Schule/
das Studium voraussichtlich
beendet? (Bitte ab 14 Jahren
angeben)

bis

.....
.....

bis

.....
.....

bis

.....
.....

Wissen Sie schon, wie es
nach der Schule/dem Studium
weitergeht?

Wehrdienst oder gesetzlich
geregelter Freiwilligendienst
(z. B. Freiwilliges soziales
oder ökologisches Jahr, Bun-
desfreiwilligendienst usw.):
Bitte senden Sie uns eine
Dienstzeitbescheinigung mit
diesem Fragebogen zu, wenn
uns diese noch nicht vorliegt.

ja
 nein

ja
 nein

ja
 nein

von

.....
.....

von

.....
.....

von

.....
.....

bis

.....
.....

bis

.....
.....

bis

.....
.....

Angabe zu Beschäftigung und Einkommen ③

Ehepartner ①

Kind ②

Kind ②

Kind ②

Selbstständige Tätigkeit liegt vor: ja

ja

ja

ja

Einkommen aus selbstständiger
Tätigkeit (monatlich) in €:

.....
.....

Bitte senden Sie uns eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mit diesem Fragebogen zu.

Bruttoarbeitsentgelt aus Lohn/
Gehalt (monatlich) in €:

.....
.....

Bruttoarbeitsentgelt aus
geringfügiger Beschäftigung
(monatlich) in €:

.....
.....

Gesetzliche Rente, Versorgungs-
bezüge, Betriebsrente, ausländi-
sche Rente, sonstige Renten
(monatlicher Zahlbetrag) in €:

.....
.....

Bitte Nachweise beifügen.

Sonstige regelmäßige mo-
natliche Einkünfte im Sinne
des Einkommenssteuerrechts
z.B. aus Vermietung und
Verpachtung, Kapitalvermö-
gen. Sonstige Einkünfte z.B.
Abfindung für den Verlust des
Arbeitsplatzes in €:

.....
.....

Bitte Einkommenssteuerbescheid bzw. andere Nachweise beifügen.

_____ Art der Einkünfte

_____ Art der Einkünfte

_____ Art der Einkünfte

_____ Art der Einkünfte

Versichertennummer

Name, Vorname

Angaben zur Vergabe einer Versichertennummer

Ehepartner ①

Name

Vorname

eigene Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Kind ②

Name

Vorname

eigene Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Kind ②

Name

Vorname

eigene Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Kind ②

Name

Vorname

eigene Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Bitte schicken Sie den unterschriebenen Fragebogen mit dem beiliegenden Rückumschlag oder per Fax an Ihre SBK. ④

Datenschutzhinweis nach Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679: Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit dieser Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung meiner Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Für SBK-Zwecke
 nur archivieren

Kurzzeichen