

Mitglied werden bei der SBK

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://wiwo.kassensuche.de/antrag/111>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Herzlich willkommen bei der SBK!

Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem

Ihr Ansprechpartner _____

Telefon _____

Persönliche Angaben:

Frau Herr

Geburtsdatum

Familienangehörige:

Mein Ehe-/ Lebenspartner

Geburtsdatum

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

ist zurzeit versichert bei _____
Krankenkasse

Postleitzahl _____ Ort _____

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

Festnetznummer privat* _____ Handynummer privat* _____

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

E-Mail* _____

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

Rentenversicherungsnr. oder Geburtsort, -land und -name _____

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten:

Bundeseinheitliche Krankenversicherungsnr.* _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

Meine bisherige Krankenkasse
von bis

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert

Angaben für die Versicherung bei der SBK:

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

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:

Name des Arbeitgebers / der Hochschule _____

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Ich bin beschäftigt als: _____

seit / ab:

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (60.750 €)

Nein Ja

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 Arbeitsentgelt 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.

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)



An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift