

## 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://handelsblatt.kassensuche.de/antrag/111>
  - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://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](http://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](mailto:widerruf@sbk.org).

Würden Sie uns weiterempfehlen?

Ja

Nein

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir sind auf deiner Seite.

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://gesetzlicheKrankenkassen.de) / Kassensuche (VHB)



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