

## Mitglied werden bei der SBK

### Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

#### Schritt 1 von 2:

##### **Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben**

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/111>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

**Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt**

#### Schritt 2 von 2:

##### **Arbeitgeber informieren**

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

### **Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.**

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

**Hinweise:** Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

**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 (ZUB)



# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Absender:**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

## **Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift