

Herzlich willkommen bei der SBK!

Starke Leistung. Ganz persönlich.



Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem _____ . _____ . _____

Ihr Ansprechpartner _____

Telefon _____

Persönliche Angaben:

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon privat*

Telefon mobil*

E-Mail*

Rentenversicherungsnr. oder bundeseinheitliche Krankenversicherungsnr.

Ansonsten: Geburtsort, -land und -name

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Angaben für die Versicherung bei der SBK:

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

Name des Arbeitgebers / der Hochschule

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ich bin beschäftigt als: _____

seit / ab: _____

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (57.600 EUR)

Nein Ja

Familienangehörige:

Mein Ehe-/ Lebenspartner

Name, Vorname

Geburtsdatum

ist zurzeit versichert bei _____
Krankenkasse

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die gesetzlich familienversichert sind.

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis 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:

lege ich bei
 reiche ich nach

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.

Ja, ich möchte exklusive Online-Services nutzen. Bitte registrieren Sie mich mit meiner oben angegebenen E-Mail-Adresse für „**Meine SBK**“. Den Nutzungsbedingungen, nachzulesen unter **sbk.org/meinesbk**, stimme ich zu.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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.
* Die Angabe der Telefonnummern / E-Mail Adresse ist freiwillig.

Würden Sie uns weiterempfehlen?

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift