



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkaserneninfo.de](http://www.krankenkaserneninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK Faber-Castell & Partner** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Bayern wohnst oder arbeitest. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkaserneninfo.de](mailto:info@krankenkaserneninfo.de)).

Die **BKK Faber-Castell & Partner** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

**Achtung:** Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

## Rücksendeadresse

**BKK Faber-Castell & Partner**  
Postfach 1265  
94209 Regen

Empfohlen durch  
Jürgen Kunze  
www.krankenkasseninfo.de  
VermittlerID: 9901004

## Beitrittserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ja, ich möchte bei der **BKK Faber-Castell & Partner** Mitglied werden ab

### Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d		Rentenversicherungsnummer *	
Vorname		Geburtsdatum	
Nachname		Geburtsname	
Straße	Nr.	Geburtsort	
PLZ	Wohnort	Staatsangehörigkeit	
Telefon (privat) *		Telefon (beruflich) *	
E-Mail *			

### Angaben zum Familienstand

<b>Familienstand</b>					
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin), Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen			<b>Antrag auf Familienversicherung</b>		
			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> bitte zusenden
<b>Mein Ehegatte ist selbst versichert</b>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei:		

### Angaben zur Vorversicherung

Ich war in den letzten 12 Monaten durchgehend versichert bei	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher familienversichert über  <input type="checkbox"/> Ich bin nicht gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> Ich war zuletzt im Ausland krankenversichert <input type="checkbox"/> Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/in in Deutschland
--	---

## Beitrittserklärung

### Angaben zum Personenkreis

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) einer GmbH
<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
<b>Arbeitgeber</b>	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich zurzeit in Elternzeit bis
<b>Straße</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt
<b>PLZ</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente
<b>Ort</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)
<b>Das Arbeitsverhältnis besteht seit</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
<b>Telefonnummer</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheid beilegen)

#### Datenschutzhinweis und Einwilligung:

Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich (Art. 5, 6 DSGVO i.V. m. § 284 SGB V). Sie werden aufgrund der Bestimmung des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Faber-Castell & Partner meine Daten für interne Zwecke verarbeitet und nutzt. Sie dienen auch späteren Beratungszwecken (schriftlich und telefonisch). Gleichzeitig erteile ich der BKK Faber-Castell & Partner meine Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (Art. 7 DSGVO). alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Die BKK sichert strikte Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b> X
------------	--------------	--------------------------

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK Faber-Castell & Partner  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

---

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

