



Anschrift und Sitz  
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://www.kranken Kassennetz.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Bayern wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK Faber-Castell & Partner** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK Faber-Castell & Partner** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK Faber-Castell & Partner** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK Faber-Castell & Partner** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK Faber-Castell & Partner** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Selbstständigkeit zusenden.

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)

### Bankverbindung \*

<b>Name der Bank</b>
<b>IBAN</b>
<b>BIC</b> (nur bei Auslandskonto)

#### 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.

\* freiwillige Angabe

### Unterschrift

<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.**

