



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
Website : www.krankenkasseninfo.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@krankenkasseninfo.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 jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK Faber-Castell & Partner** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK Faber-Castell & Partner** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Rücksendeadresse

BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

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

Familienstand					
<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			Antrag auf Familienversicherung		
			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> bitte zusenden
Mein Ehegatte ist selbst versichert		<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)
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich zurzeit in Elternzeit bis
Straße	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt
PLZ	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente
Ort	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)
Das Arbeitsverhältnis besteht seit	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheid beilegen)

Bankverbindung *

Name der Bank
IBAN
BIC (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

Ort	Datum	Unterschrift
		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.

