



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 (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. 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@krankenkassennetz.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

BKK Faber-Castell & Partner
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Bitte senden Sie uns eine **Kündigungsbestätigung**
Ihrer bisherigen Krankenkasse zu.

Beitrittserklärung

Ich möchte ab dem Mitglied der BKK Faber-Castell & Partner werden.

Krankenkassennetz.de GmbH

Frau Herr

Name Vorname

Straße /
Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon (privat) Telefon (berufl.)

E-Mail

Geburtsdatum und
Geburtsort

Geburtsname Familienstand

Freiwilliges Mitglied Selbständig Student Arbeitslosengeld Elternzeit

Beschäftigter Auszubildender Rentner Auslandsrente Beamter

RV.-
Nr.: Steuer-
ID

BIC IBAN Bank-
name

Bisherige Krankenkasse bisher familienversichert

Mein Ehegatte ist versichert bei:

Für die beitragsfreie Mitversicherung Ihrer Familienangehörigen, füllen Sie bitte beiliegenden Antrag aus.

Mein Arbeitgeber:

(bzw. bei Rentnern zuständiger Rentenversicherungsträger, bei Arbeitslosen die zuständige Agentur für Arbeit.)

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon Beginn der Beschäftigung

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Datenschutzhinweis und Einwilligung: Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich.

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. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Die BKK sichert die strikte Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass bei Einschaltung eines Vertriebspartners/Vermitllers dieser meinen Mitgliedschaftsantrag an die BKK Faber Castell & Partner weiterleitet und über das Zustandekommen der Mitgliedschaft informiert wird.

Name des Mitglieds

Krankenversicherungsnummer:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

➤ Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert

} versichert bei Name der Krankenkasse

➤ Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit: verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnergesetz – LpartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja, bei: Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges:

Beginn der Familienversicherung:

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet: (freiwillige Angabe)

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten / Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners und – sofern der Ehegatte / Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|---|---|--|--|--|
| Name* | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geschlecht (m=männlich, w=weiblich) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.) | | <input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (*Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen) | | <input type="checkbox"/> (nein) | <input type="checkbox"/> (nein) | <input type="checkbox"/> (nein) |

Angaben zu bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|---|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung - endete am: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| -bestand bei: (Name der Krankenkasse) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Art der bisherigen Versicherung: | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Die bisherige Versicherung besteht weiterhin bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|--|---|---|---|---|
| Selbständige Tätigkeit liegt vor (Gewerbe angemeldet / Freiberuflichkeit) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Rentantrag wurde gestellt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € |
| Wird Arbeitslosengeld II bezogen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € | <input type="text"/> € |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) | <input type="text"/> € <input type="text"/> (Art der Einkünfte) | <input type="text"/> € <input type="text"/> (Art der Einkünfte) | <input type="text"/> € <input type="text"/> (Art der Einkünfte) | <input type="text"/> € <input type="text"/> (Art der Einkünfte) |
| Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen) | | vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> |
| Wehr oder Zivildienst (Bitte Dienstbescheinigung beifügen) | | vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> |

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. | | | | |
| Geburtsname | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsort | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsland | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Staatsangehörigkeit | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o.a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____ ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

