



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **BKK Faber-Castell & Partner** unkompliziert möglich wenn du in Bayern wohnst oder studierst.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

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

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.

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.

