

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner  
Formularservice  
Bahnhofstraße 45  
94209 Regen

Telefon  
09921 9602-0  
Telefax  
09921 9602-19  
E-Mail  
regen@bkk-faber-castell.de

**Den Fragebogen zur Beurteilung der Familienversicherung bei Werkstudenten**  
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Fragebogen an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den Fragebogen.
4. Senden Sie das Dokument an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

# Fragebogen zur Beurteilung der Familienversicherung bei Werkstudenten

Name	Vorname	Geb.-Datum
Strasse, HsNr.	PLZ	Ort

Sind Sie an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie lange wird/bzw. wurde die vorgenannte Beschäftigung ausgeübt?		
Beginn: <input style="width: 150px;" type="text"/>	Ende: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Wie hoch ist/war Ihr monatlicher Bruttoverdienst in dieser Beschäftigung?	<input style="width: 150px;" type="text"/> € monatlich	
Erhalten/erhielten Sie aus dieser Beschäftigung weitere Einnahmen/Vergünstigungen, z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld usw.?	<input style="width: 150px;" type="text"/> in Höhe von	
Haben Sie dieses Kalenderjahr bereits eine weitere/mehrere Beschäftigung/en ausgeübt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welchen Zeitraum umfasste/n diese Beschäftigung/en?	<input style="width: 100px;" type="text"/> von	<input style="width: 100px;" type="text"/> bis
Welches monatliche Bruttoentgelt wurde hierbei erzielt?	<input style="width: 150px;" type="text"/> €	
Verfügen Sie neben dieser Beschäftigung über weitere Einnahmen, z. B. aus Vermietung oder Verpachtung usw.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und in welcher Höhe?	<input style="width: 150px;" type="text"/> €	

**Zur Ergänzung unserer Unterlagen fügen Sie bitte eine aktuelle Verdienstbescheinigung bei!**

Für die Richtigkeit: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Studenten

**Die Erhebung der Daten beruht auf Art. 5, Art. 6 DSGVO i.V.m. § 206 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch und § 98 des Sozialgesetzbuches, Zehntes Buch.**

*(Folgendes wird von der Krankenkasse ergänzt!)*

Ergebnis: Es besteht weiterhin eine Familienversicherung  
 Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Sachbearbeiters