

Antrag zur Aufnahme

FRW AN

Rücksendeadresse

BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

Ansprechpartner: Servicebereich Versicherung
Telefon: 09921/9602-364
E-Mail: versicherung.service@bkk-faber-castell.de

Persönliche Angaben

Vorname	Name	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Telefon*	Mobiltelefon*	E-Mailadresse* <small>*freiwillige Angabe</small>	Rentenversicherungsnummer
Wohnanschrift		Geburtsname	Geburtsort
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, mein(e) Ehepartner(in) ist gesetzlich krankenversichert bei: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, mein(e) Ehepartner(in) ist nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert bei: _____ (bitte Einkommensnachweise des Ehegatten beifügen)		

Angaben zu Kindern für die Berücksichtigung des Pflegeversicherungsbeitrags

Bitte fügen Sie für jedes Kind dem Antrag eine Geburtsurkunde hinzu!	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind
	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind				
	<input type="checkbox"/> Stiefkind				
	<input type="checkbox"/> Pflegekind				
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					

Angaben zur Zugehörigkeit einer bestimmten Versichertengruppe

<input type="checkbox"/> beschäftigt bei: _____ mtl. Arbeitsentgelt: _____ ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Student(in)/Schüler(in) in: _____ ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Rentner(in) ab/seit: _____ <input type="checkbox"/> Beamte(r) ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Selbständige(r) ab/seit: _____ <input type="checkbox"/> Grundsicherung (Sozialhilfe) ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Berufssoldat(in) ab/seit: _____ <input type="checkbox"/> ohne Einkommen/Beschäftigung ab/seit: _____

Zusätzliche Angaben für Selbständige

<input type="checkbox"/> Gewerbetreibende(r)	<input type="checkbox"/> freiberuflich Selbständige(r)	<input type="checkbox"/> Vorstandsmitglied einer AG
<input type="checkbox"/> GmbH-Gesellschafter(in)	<input type="checkbox"/> Inhaber(in) einer GbR	<input type="checkbox"/> _____
Gewerbebezeichnung/Art des Gewerbes: _____		
<input type="checkbox"/> Ich beziehe einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (bitte Nachweis beifügen)		
Beginn der selbständigen Tätigkeit: _____	Arbeitszeit wöchentlich: _____	
Versicherungspflichtige Mitarbeiter: _____	Geringfügig beschäftigte Mitarbeiter: _____	
Ich wünsche den Zusatztarif mit Krankengeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Angaben zur Versicherung

Ich war innerhalb der letzten 12 Monate durchgehend versichert:		
vom _____	bis _____	Krankenkasse: _____
Bestand zuletzt eine Familienversicherung? <input type="checkbox"/> ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein		
Warum wurde die Familienversicherung beendet (z. B. Ende der Schulausbildung)? _____		
Die freiwillige Versicherung soll durchgeführt werden ab oder von/bis: _____		

Grund zur Aufnahme in die freiwillige Versicherung

<input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze	<input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung
<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland
<input type="checkbox"/> Krankenkassenwechsel	<input type="checkbox"/> Schüler(in) (z. B. Meisterschule, Fortbildung)
<input type="checkbox"/> Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Exmatrikulation
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung nach § 1 Schwerbehindertengesetz	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund: _____

Angaben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt (Nachweise zwingend erforderlich!)

	Selbständige Tätigkeit	Bruttolohn/Gehalt/ Einmalzahlungen	Miete, Pacht, Zinsen	Rente, Pension	Sonstiges Einkommen
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich					
Selbst					
Ehepartner(in)					

Meinen nächsten Einkommensteuerbescheid erwarte ich im _____ (Monat/Jahr)

Der aktuellste Einkommensteuerbescheid ist für das Jahr _____ und liegt mir vor.

Einverständniserklärung/Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zur Abbuchung der Beiträge

Kontoinhaber:	Name der Bank:
IBAN:	BIC:
Bei einem abweichenden Kontoinhaber ist die nachfolgende Unterschrift notwendig!	
Ort, Datum:	Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers:

Erklärung/Unterschrift

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen mitteilen und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren der BKK Faber-Castell & Partner lautet: DE97ZZZ000001340.

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller
X	X	X

Datenschutzhinweis (Art. 5,6 DSGVO i.V.m. § 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I und § 206 SGB V verpflichtet