

Rücksendeadresse

BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

Antrag zur Aufnahme in die freiwillige Versicherung

Persönliche Angaben

Vorname	Name	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Telefon*	Mobiltelefon*	E-Mailadresse*	
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 Ehegatte ist gesetzlich krankenversichert bei: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, mein Ehegatte ist nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert bei: _____ (bitte Einkommensnachweise des Ehegatten beifügen)		
Kinder	<input type="checkbox"/> Ich habe ____ Kind(er) (sofern nicht geschehen, bitte Geburtsurkunde einreichen) <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder		

Angaben zur Zugehörigkeit einer bestimmten Versichertengruppe

<input type="checkbox"/> beschäftigt bei: _____	ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Student/Schüler in: _____	ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Rentner ab/seit: _____	<input type="checkbox"/> Beamter ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Pensionär ab/seit: _____	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger ab/seit: _____
<input type="checkbox"/> Berufssoldat ab/seit: _____	<input type="checkbox"/> ohne Einkommen/Beschäftigung ab/seit: _____

Zusätzliche Angaben für Selbstständige

<input type="checkbox"/> Gewerbetreibende/r (Gewerbeanmeldung beilegen)	<input type="checkbox"/> freiberuflich Selbstständiger
<input type="checkbox"/> Vorstandsmitglied einer AG	<input type="checkbox"/> GmbH-Geschäftsführer/in
<input type="checkbox"/> Ich beziehe einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (bitte Nachweis beifügen)	
Beginn der selbstständigen 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 18 Monate durchgehend versichert:

vom _____ bis _____ Krankenkasse: _____

Bestand zuletzt eine Familienversicherung? ja, bis _____ 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

- Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze Ende der Familienversicherung
 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht Rückkehr aus dem Ausland
 Kassenwechsel Schüler (z. B. Meisterschule, Fortbildung)
 beim erstmaligen Beginn einer Beschäftigung wird/wurde die Versicherungspflichtgrenze überschritten
 der Antragsteller ist schwerbehindert im Sinne des § 1 Schwerbehindertengesetz

Angaben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt (bitte Nachweise beifügen!)

<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	Selbstständiger Tätigkeit	Bruttolohn/Gehalt einschl. Einmalzahlungen	Miete, Pacht, Zinsen	Rente, Pension	Sonstiges Einkommen
Selbst					
Ehegatte					

Meinen nächsten Einkommenssteuerbescheid erwarte ich im: _____ (Monat/Jahr)

Der aktuellste Einkommenssteuerbescheid 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: 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. Gleichzeitig erteile ich der BKK Faber-Castell & Partner meine Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung. Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren der BKK Faber-Castell & Partner lautet: DE97ZZZ000001340

*freiwillige Angabe

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller X
-----	-------	--