

An die
BKK Faber-Castell & Partner
 Bahnhofstr. 45
 94209 Regen

Fax: 09921 9602-19
 E-Mail: service@bkk-faber-castell.de

Adressänderung

Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück. Vielen Dank!

Persönliche Angaben (Pflichtangaben)

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Versichertennummer*	*Angabe zwingend erforderlich. Alternativ Kopie eines Lichtbildausweises beifügen.

Angaben zur neuen Adresse (Pflichtangaben)

Straße		Hausnummer	
Zusatz		Die neue Adresse gilt ab	
PLZ	Ort	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Datum _____ TT.MM.JJ

Unterschrift (Pflicht)

Bitte beachten Sie die neue Adresse für zukünftigen Schriftwechsel

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

Freiwillige Angaben (bei Rückfragen)

Telefon	E-Mail
---------	--------

Datenschutzhinweis und Einwilligung:

Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich (Art. 5, 6 DSGVO i.V. m. § 284 SGB V). 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 (Art. 7 DSGVO). alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Die BKK sichert strikte Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.