

Beitrittserklärung

BKK Faber-Castell & Partner

Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ja, ich möchte bei der **BKK Faber-Castell & Partner** Mitglied werden ab

Persönliche Angaben

w m d		Rentenversicherungsnummer	
Vorname		Geburtsdatum	
Nachname		Geburtsname	
Straße		Nr.	Geburtsort
PLZ	Wohnort		Staatsangehörigkeit
Telefon (privat)		Steueridentifikationsnummer	
Telefon (beruflich)		E-Mail	

Angaben zum Familienstand

Familienstand

ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft verwitwet geschieden getrennt lebend

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen  Antrag auf Familienversicherung

liegt bei wird nachgereicht bitte zusenden

Angaben zur Vorversicherung

Ich war in den letzten 12 Monaten durchgehend versichert bei	Ich bin bisher familienversichert über
Ich bin nicht gesetzlich krankenversichert	Ich war bisher im Ausland krankenversichert
Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/in in Deutschland	

**ONLINE,
EINFACH UND
NACHHALTIG**

Der BKK Krankenkassenwechsel



Beitrittserklärung

Angaben zum Personenkreis

Ich bin Arbeitnehmer/in Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab		Telefonnummer	
Arbeitgeber	Straße		Nr.
Das Arbeitsverhältnis besteht seit	PLZ	Ort	
Ich bin Student/in an einer Hochschule (Immatrikulationsbescheinigung beifügen) Ich bin Schüler/in an einer Fachschule oder Berufsfachschule (Schulbescheinigung beifügen) Ich befinde mich zurzeit in Elternzeit Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beilegen) Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)		Ich bin GmbH-Gesellschafter/in Ich bin GmbH-Geschäftsführer/in Ich beziehe Rente Ich habe Rente beantragt Ich bin freiwillig versichert (z.B. als Beamte/r, Rentner/in, Privatier/e) Ich beziehe Leistungen von dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum)	

Bankverbindung

Name der Bank
IBAN
BIC (nur bei Auslandskonto)

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 Sozialgesetzbuchs 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 die strikte Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Unterschrift

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