

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	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 18 Monaten durchgehend versichert bei	Ich bin bisher familienversichert über
Kündigungsbestätigung der Vorkasse ist beigefügt wird nachgereicht	Ich bin nicht gesetzlich krankenversichert Ich war bisher im Ausland krankenversichert Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/in in Deutschland

Beitrittserklärung

Angaben zum Personenkreis

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) in einer GmbH <input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Ich befinde mich zurzeit in Elternzeit <input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt <input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente <input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/ Datum) <input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von dem Jobcenter in/seit (Ort/ Datum) <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensbescheids beilegen)	
<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab		
Arbeitgeber		
Straße		Nr.
PLZ		Ort
Das Arbeitsverhältnis besteht seit		
Telefonnummer		

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 
-----	-------	---