

## Rücksendeadresse

**BKK Faber-Castell & Partner**  
Postfach 1265  
94209 Regen

## Beitrittserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

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

### Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d		Rentenversicherungsnummer *	
Vorname		Geburtsdatum	
Nachname		Geburtsname	
Straße	Nr.	Geburtsort	
PLZ	Wohnort	Staatsangehörigkeit	
Telefon (privat) *		Telefon (beruflich) *	
E-Mail *			

### Angaben zum Familienstand

<b>Familienstand</b>					
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin), Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen			<b>Antrag auf Familienversicherung</b>		
			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> bitte zusenden
<b>Mein Ehegatte ist selbst versichert</b>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei:		

### Angaben zur Vorversicherung

Ich war in den letzten 12 Monaten durchgehend versichert bei	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher familienversichert über  <input type="checkbox"/> Ich bin nicht gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> Ich war zuletzt im Ausland krankenversichert <input type="checkbox"/> 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) einer GmbH
<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
<b>Arbeitgeber</b>	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich zurzeit in Elternzeit bis
<b>Straße</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt
<b>PLZ</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente
<b>Ort</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)
<b>Das Arbeitsverhältnis besteht seit</b>	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
<b>Telefonnummer</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheid beilegen)

### Bankverbindung \*

<b>Name der Bank</b>
<b>IBAN</b>
<b>BIC</b> (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 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.

\* freiwillige Angabe

### Unterschrift

<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
		X