

Rücksendeadresse

BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

Beitrittserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Persönliche Angaben

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

Angaben zum Familienstand

Familienstand	
<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	Mein Ehegatte ist selbst versichert <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 <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)
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich zurzeit in Elternzeit bis
Straße	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt
PLZ	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente
Ort	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)
Das Arbeitsverhältnis besteht seit	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
Kontaktweg (Telefon/Email)	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheid beilegen)

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 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