

Mitglied werden bei der BKK Faber-Castell & Partner

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://wiwo.kassensuche.de/antrag/186>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

BKK Faber-Castell & Partner
Bahnhofstr. 45
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="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher familienversichert über
Kündigungsbestätigung der Vorkasse <input type="radio"/> ist beigefügt <input type="radio"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> Ich war bisher im Ausland krankenversichert <input type="checkbox"/> Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/in in Deutschland

Beitrittserklärung

Angaben zum Personenkreis

<input type="radio"/> Ich bin Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) in einer GmbH
<input type="radio"/> 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
	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt
Straße	Nr.
	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente
PLZ	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 von dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensbescheids 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.

Unterschrift

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

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift