

Ich möchte zum ____ . ____ . ____ freiwilliges Mitglied der BKK PFAFF werden.

Bitte Datum eintragen

Ich bin

- Selbständige/r
 Arbeitnehmer/in über Jahresarbeitsentgeltgrenze
 Beamter/in
 Rentner/in (bitte Rentenbescheid beifügen)

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsname _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____ männlich weiblich
 Strasse, Hausnr. _____ PLZ _____ Ort _____
 Telefon (privat) _____ (mobil) _____ (geschäftlich) _____
 E-Mail _____



Bitte Passbild mit einreichen oder bei Abgabe des Antrags bei uns kostenlos anfertigen lassen

Familienstand: ledig verheiratet, mein Ehegatte ist versichert bei _____
 geschieden getrennt lebend verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Kinder: nein ja (bitte Geburtsurkunde beifügen)

Sozialversicherungsnummer: bisher keine vorhanden

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig):

Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der letzten bzw. bisherigen Krankenkasse _____ Ort _____ vom _____ bis _____

Einkommensverhältnisse

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen	des Versicherten monatlich	jährlich	des Ehegatten monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts; bitte sofern vorhanden den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u.a.)				
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u.a.)				
Renten aus Sozialversicherung				
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u.a.)				
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Zinsen)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld)				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse)				

Fortsetzung „Aufnahmeantrag zur freiwilligen Versicherung“ auf der nächsten Seite

Krankengeld für Selbständige

Ich wünsche Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit nein ja

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

Name des Kontoinhabers | Kontonummer | Bankleitzahl | Geldinstitut

IBAN | BIC

Unterschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Antragsstellenden

Lastschrift Dauerauftrag/Überweisung Gehaltsabtretung Zahlung durch Arbeitgeber

Bei Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen bitte Name und Anschrift des Arbeitgebers angeben!

Arbeitgeber Name | Firma

Strasse, Hausnr. | PLZ | Ort

Die Angaben entsprechen der Wahrheit. Mir ist weiterhin bekannt, dass Angaben auf gesetzlichen Bestimmungen beruhen und die **BKK PFAFF** zum Datenschutz verpflichtet ist. Ich verpflichte mich, unaufgefordert Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen unverzüglich der **BKK PFAFF** mitzuteilen. Des Weiteren willige ich ein, dass der von uns beauftragte Dienstleister zur Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte mein Foto als digitales Bild speichert.

Ort, Datum | Unterschrift

Mitglieder werben Mitglieder

Unser Dankeschön für geworbene Mitglieder – 25 Euro

Für alle Familienangehörige, Freunde, Bekannte, die sich auf Empfehlung eines Mitglieds bei uns selbst versichern, zahlen wir **25 Euro**. Hierzu brauchen wir auf diesem Antrag die Angaben des Werbenden.

Das umseitige Mitglied | Name | Vorname | wurde geworben von:

Name | Vorname | Geburtsdatum

Strasse, Hausnr. | PLZ | Ort

Versichertennummer

Name des Geldinstitutes | BLZ | Konto-Nr.

IBAN | BIC

Die Auszahlung erfolgt nach Eingang des ersten Beitrags des neuen Mitglieds. Empfangsberechtigt sind Mitglieder oder familienversicherte Angehörige der **BKK PFAFF**.

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Wir benötigen die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 20 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV.

Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-pfaff.de/datenschutz.



BKK PFAFF
Pirmasenser Straße 132
67655 Kaiserslautern

Tel.: 0631 31876-0
Fax: 0631 31876-99

Öffnungszeiten
Mo., Mi. bis Fr. von 8:00 - 16:00 Uhr
Di. von 8:00 - 18:00 Uhr

E-Mail: info@bkk-pfaff.de
Internet: www.bkk-pfaff.de



BKK PFAFF

Antrag zur Familienversicherung

Diesen Antrag nur ausfüllen und zurücksenden, wenn für Ihre Angehörigen die Familienversicherung über die BKK PFAFF durchgeführt werden soll.



Bitte für alle ab 15 Jahre ein
Passbild mit einreichen
oder
bei Abgabe des Antrags kostenlos
bei uns anfertigen lassen

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnr.	PLZ	Ort

Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Ich bin bzw. war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei: im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei: nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse: _____

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist versichert bei: _____

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
Vorname				
Geschlecht m = männlich, w = weiblich x = unbestimmt, d = divers	(m) (w) (x) (d) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(m) (w) (x) (d) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(m) (w) (x) (d) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(m) (w) (x) (d) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	/	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	/	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • endet am:	_____	_____	_____	_____
• bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Nachname _____ Vorname _____	Nachname _____ Vorname _____	Nachname _____ Vorname _____	Nachname _____ Vorname _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)		/	/	/

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____ EUR (Art der Einkünfte)			
Schulbesuch/ Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	/	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

--	--	--

Ort, Datum _____ **Unterschrift des Mitglieds** _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabeder erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Unterschrift(en) Familienangehörige(r) ab 15 Jahre _____

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus

Datenschutzhinweis

Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679: Damit wir die Familienversicherung beurteilen können ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.



BKK PFAFF
Pirmasenser Straße 132
67655 Kaiserslautern

Tel.: 0631 31876-0
Fax: 0631 31876-99

Öffnungszeiten
Mo., Mi. bis Fr. von 8:00 - 16:00 Uhr
Di. von 8:00 - 18:00 Uhr

E-Mail: info@bkk-pfaff.de
Internet: www.bkk-pfaff.de

