

Ich möchte zum _____ Mitglied der BKK PFAFF werden.

Bitte Datum eintragen

Persönliche Angaben

| | | | | | |
|------------------|--|------------|--|---------------------|--|
| Name | | Vorname | | Geburtsname | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | Staatsangehörigkeit | |
| 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 geschieden getrennt lebend verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Sozialversicherungsnummer: bisher keine vorhanden

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig):

Angaben zur bisherigen Versicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert privat krankenversichert familienversichert freiwillig versichert

| | | |
|--|--|-----|
| Bisherige Krankenkasse oder Privatversicherung | | |
| Strasse, Hausnr. | | Ort |
| Versicherungszeit von/bis | | |

Angaben zum Arbeitgeber und zur Lohn-/Gehaltszahlung

Arbeitnehmer/in Auszubildende/r

| | | | |
|---|--|----------------------|-----|
| Firmenname (Sitz der Firma) | | Betriebsnummer | |
| Strasse, Hausnr. | | PLZ | Ort |
| Telefon des Arbeitgebers | | | |
| Ich bin beschäftigt als | | Beschäftigungsbeginn | |
| Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch Arbeitgeber (nur bei freiwillig Versicherten) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Sonstiges * Bitte Bescheid oder Nachweis beifügen

- Ich habe einen Rentenanspruch gestellt
- Leistungsbezieher/in Agentur für Arbeit*
- Ich beziehe Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension)
- Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit*
- Nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Grundsätzen bestehen eigene Ansprüche auf Beihilfe/Heilfürsorge bei Krankheit
-
- Ich bin Rentner/in*
- Ich bin körper-/ wehrdienst-/ unfallgeschädigt*
- Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit

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 _____ 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**.

Notizen

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 und der Beiträge im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 186 ff. SGB V, § 229 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI.

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

Öffnungszeiten

Mo., Mi. u. Do. 8:00 bis 16:00 Uhr
Di. 8:00 bis 17:30 Uhr
Fr. 8:00 bis 13:30 Uhr



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: _____ Name der Krankenkasse
 nicht gesetzlich krankenversichert

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

Öffnungszeiten

Mo., Mi. u. Do. 8:00 bis 16:00 Uhr
Di. 8:00 bis 17:30 Uhr
Fr. 8:00 bis 13:30 Uhr

