

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

Bitte Datum eintragen

Persönliche Angaben

Name		Vorname	Geburtsname					
Geburtsdatum		Geburtsort	Staatsangehörigkeit		m	w	x	d
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.	PLZ	Ort
Versicherungszeit bis		

Angaben zum Arbeitgeber und zur Lohn-/Gehaltszahlung

☐ Arbeitnehmer/in ☐ Auszubildende/r

Firmenname (Sitz der Firma)		Betriebsnummer (falls bekannt)
Strasse, Hausnr.	PLZ	Ort
Telefon des Arbeitgebers		
Ich bin beschäftigt als		Beschäftigungsbeginn

Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch Arbeitgeber (nur bei freiwillig Versicherten) ☐ ja ☐ nein

Sonstiges * Bitte Bescheid oder Nachweis beifügen

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

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	
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.

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnr.	PLZ	Ort



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

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*				
* Fügen Sie bitte eine Ehekunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht m = männlich, w = weiblich x = unbestimmt, d = divers	(m) (w) (x) (d) ☐ ☐ ☐ ☐	(m) (w) (x) (d) ☐ ☐ ☐ ☐	(m) (w) (x) (d) ☐ ☐ ☐ ☐	(m) (w) (x) (d) ☐ ☐ ☐ ☐
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		☐ nein	☐ nein	☐ nein

Fortsetzung „Antrag zur Familienversicherung“ auf der nächsten Seite

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:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ 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	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ 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?	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ 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)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	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	Unterschrift(en) Familienangehörige(r) ab 15 Jahre
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabeder erforderlichen Daten erhalten zu haben.		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

