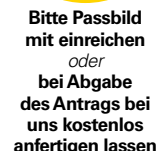


Bitte Datum eintragen

Name		Vorname		Geburtsname									
Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsangehörigkeit		m		w		x		d	
Strasse, Hausnr.		PLZ		Ort									
Telefon (privat)		(mobil)		(geschäftlich)									
E-Mail													



Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig):

Bisherige Krankenkasse oder Privatversicherung		
Strasse, Hausnr.	PLZ	Ort
Versicherungszeit bis		

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

☐ 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 Grundsicherungsempfänger/in*
☐ Nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Grundsätzen bestehen eigene Ansprüche auf Beihilfe/Heilfürsorge bei Krankheit	
☐	

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



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

Beginn der Familienversicherung

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____

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

Meine E-Mail-Adresse lautet: _____ (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 Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name*				
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 Verwandtschafts- verhältnis ankreuzen)		☐ nein	☐ nein	☐ nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Studienbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	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)				

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	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
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	☐ 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 (monatlich) (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)
Sonstige einmalige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe-/Lebenspartner	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 – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	Unterschrift(en) Familienangehörige(r) ab 15 Jahre
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.		Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Alle Formulareingaben zurücksetzen? Hier klicken!

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

