

Ja, ich will ab _____ Mitglied der BKK Pfalz werden

Persönliche Daten

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Komma)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Rentenversicherungsnummer¹⁾ (bitte unbedingt angeben)

Staatsangehörigkeit

Wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden ist, bitte zusätzlich auch die Felder „Geburtsname“ und „Geburtsort“ ausfüllen:

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsdatum

Geschlecht

Geburtsland

männl.

weibl.

Telefon privat/tagsüber (WICHTIG FÜR RÜCKFRAGEN)

E-Mail

Ja, ich möchte am Bonusmodell VorsorgePLUS teilnehmen.

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Arbeitgebername

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

und Ort des Arbeitgebers

Arbeitgeber-Betriebsnummer²⁾

Ich bin dort beschäftigt seit

als (Berufsbezeichnung)

Telefon

Ich bin mit/bei meinem Arbeitgeber verwandt oder als Gesellschafter beteiligt Ja Nein

Art der Verwandtschaft/der Unternehmensbeteiligung _____

Wo bestand Ihr letzter Krankenversicherungsschutz _____ von _____ bis _____

Dort bin ich selbst gesetzlich versichert als Familienangehörige/r gesetzlich mitversichert privat versichert

Die Kündigungsbestätigung ist beigefügt

Ja Nein, werde ich sobald als möglich nachreichen habe ich keine, ich war bisher: privat versichert familienversichert

Ich bin

als Arbeitnehmer pflichtversichert

als Arbeitnehmer freiwillig versichert

Der Beitrag zur Krankenversicherung wird durch meinen Arbeitgeber überwiesen Ja Nein

selbstständig seit dem _____

arbeitslos gemeldet beim Arbeitsamt _____ (bitte Kopie des Bescheids beilegen)

Rentner (bitte aktuelle Rentenbescheide beilegen)

Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Sonstige freiw. Versicherte

Beziehen Sie zusätzlich zu Ihrem Einkommen eine Rente?

Ja (bitte Bescheid beilegen)

Nein

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?

Ja (bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)

Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V). Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Abrechnungs-Nr.

1) Diese Nummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis, auf den Meldungen zur Sozialversicherung oder in den Personalunterlagen Ihres Arbeitgebers. Berufsanfänger, die noch keine Nummer erhalten haben, bitte Geburtsname und Ort angeben. Bsp. für solch eine Nummer: 23 010168 B 502
2) Diese Nummer erhalten Sie in der Personalabteilung Ihres Arbeitgebers. Sie steht auch auf der letzten Meldung zur Sozialversicherung (Nachweis über Ihre gezahlten Rentenversicherungsbeiträge) Ihres jetzigen Arbeitgebers. Die Betriebsnummer ist 8-stellig und wurde vom Arbeitsamt Ihrem Betrieb zugeteilt.

Antrag auf Familienversicherung bei der BKK Pfalz ab: _____ (Datum)

Name des Mitglieds	Vorname	Geburtsdatum
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte/in“ zu machen).		
Mein/e Ehegatte/in ist selbst gesetzlich versichert: <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____ <input type="checkbox"/> Nein <small>(Name der Krankenkasse)</small>		
Mein/e Ehegatte/in ist <input type="checkbox"/> privat versichert bei: _____ (bitte letzten Steuerbescheid beifügen) <small>(Name der Krankenkasse)</small>		
Meine Kinder sollen bei der BKK Pfalz mitversichert werden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Meine Kinder waren bisher auch schon bei mir mitversichert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bei: _____ <small>(Name der Krankenkasse)</small>		
Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ oder per E-Mail _____ zu erreichen		

Angaben über Familienangehörige

	Ehegatte/in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Verwandtschaftsverhältnis: Stief-, Enkel-, Pflege- und Adoptivkinder bitte besonders kennzeichnen				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	von			
	bis			
Arbeitsverhältnis liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Monatliches Bruttoeinkommen	€	€	€	€
Einkommensart: Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Miete, Pacht, Zinsen				
Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis (bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-/Studien- bescheinigung beifügen)				
Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse				

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

Rentenversicherungsnummer				
---------------------------	--	--	--	--

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Über Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen eines Familienangehörigen erhöht oder ein Familienangehöriger Mitglied einer anderen Krankenkasse wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

Die Daten werden aufgrund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 10, 284, 289 SGB V) erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung bei unserer Krankenkasse verwendet. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.