

## Ausfüllhilfe Antrag auf Mitgliedschaft bei der BKK Pfalz

- 1 Bitte den Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK Pfalz eintragen. Bei Kassenwechsel **Kündigungsfrist von 2 vollen Kalendermonaten** bei der Vorkasse **berücksichtigen**.
- 2 Aktuelle Kontaktdaten des Kunden
- 3 **Wichtig:** Rentenversicherungsnummer eintragen! Zu finden auf dem Sozialversicherungsausweis.
- 4 Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorhanden ist, unbedingt folgende Daten angeben: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsdatum, Geschlecht und Geburtsland. Es wird dann von der BKK Pfalz eine Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsausweis beantragt.
- 5 **Wichtig:** Telefonnummer (tagsüber) des Kunden für eventuelle Fragen.
- 6 Bei Arbeitnehmern ist hier die Anschrift des Arbeitgebers einzutragen. Falls die Betriebsnummer nicht bekannt ist, wird diese durch die BKK Pfalz ermittelt.
- 7 **Wichtig:** Telefonnummer des Arbeitgebers für eventuelle Fragen eintragen.
- 8 Angaben zu einem eventuellen Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber.
- 9 **Wichtig:** Angaben zur Vorversicherung. Hier bitte auch genaue Angaben zur Dauer der Mitgliedschaft bei der Vorkasse machen, vor allem, wenn noch keine Kündigungsbestätigung vorliegt.
- 10 **Wichtig:** Art der Versicherung bei Mitgliedschaftsbeginn. Je nach Versicherungsart benötigen wir entsprechende Unterlagen (siehe Antrag) zur weiteren Bearbeitung.
- 11 **Wichtig:** Unterschrift des Mitglieds.
- 12 **Wichtig:** Bitte geben Sie außerdem immer die Abrechnungsnummer Ihrer Firma bei der BKK Pfalz im entsprechenden Feld an, ggf. zusätzlich Ihre persönliche Beraternummer oder Personalnummer, um eine reibungslose Abrechnung zu ermöglichen.

## Ausfüllhilfe Antrag auf Familienversicherung bei der BKK Pfalz

- 1 Beginn der Familienversicherung bei der BKK Pfalz.
- 2 Angaben zum Hauptmitglied, bei dem die Familienangehörigen mitversichert werden sollen.
- 3 Angaben zu selbstversicherten Ehegatten.
- 4 Angaben zur Vorversicherung der Kinder.
- 5 **Wichtig:** Telefonnummer für eventuelle Fragen.
- 6 Hier werden nur die mitzuversichernden Angehörigen eingetragen (Voraussetzungen für die kostenlose Familienversicherung s. Merkblatt Fami Antrag).
- 7 Angaben zu Einkommen der mitzuversichernden Angehörigen.
- 8 **Wichtig:** Falls bereits eine Rentenversicherung vorhanden ist, bitte diese unbedingt angeben. Wenn bisher keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, unbedingt die Geburtsdaten angeben. Es wird dann durch die BKK Pfalz eine Rentenversicherungsnummer bzw. ein Sozialversicherungsausweis beantragt.
- 9 **Wichtig:** Unterschrift des Hauptmitglieds.

1 Ja, ich will ab 01.07.09 Mitglied der BKK Pfalz werden

Persönliche Daten

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

2 M u s t e r m a n n

Vorname

H a n s

Straße und Hausnummer

M u s t e r s t r . 1

Postleitzahl

1 2 3 4 5

Wohnort

M u s t e r s t a d t

Rentenversicherungsnummer<sup>1)</sup> (bitte unbedingt angeben)

3 1 2 0 1 0 1 8 0 M 0 0 7

Staatsangehörigkeit

D e u t s c h

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

Geburtsname

4 M u s t e r m a n n

Geburtsort

M u s t e r h a u s e n

Geburtsdatum

0 1 0 1 1 9 7 0

Geschlecht

männl.  weibl.

Geburtsland

D e u t s c h l a n d

Telefon privat/tagsüber (WICHTIG FÜR RÜCKFRAGEN)

5 0 1 2 3 - 4 5 6 7 8

E-Mail

h m u s t e r m a n n @ m i x . d e

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Arbeitgebername

6 M u s t e r G m b H

Straße und Hausnummer

M u s t e r s t r . 3

Postleitzahl

1 2 3 4 5

und Ort des Arbeitgebers

M u s t e r s t a d t

Arbeitgeber-Betriebsnummer<sup>2)</sup>

1 2 3 4 5 6 7 8

Ich bin dort beschäftigt seit

8 0 1 0 1 2 0 0 0

als (Berufsbezeichnung)

Telefon

0 1 2 3 - 4 4 4 5 5 5 7

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

Art der Verwandtschaft/der Unternehmensbeteiligung

Bei Beschäftigten:

Ich bin

Arbeiter/in

Angestellte/r

Auszubildende/r

9 Wo bestand Ihr letzter Krankenversicherungsschutz Beispielkasse Mannheim von 1990 bis 30.06.09

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

Die Kündigungsbestätigung ist beigelegt

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 \_\_\_\_\_ (bitte Kopie des Bescheids beilegen)

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

10 **\*WICHTIG:**  
Kündigungsbestätigung muss vor Beginn der Mitgliedschaft vorliegen

11 Musterstadt, 15.04.09 H. Mustermann

Ort, Datum

Unterschrift

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

Freiwillige Angabe: Durch wen sind Sie auf die BKK Pfalz aufmerksam geworden?

Verwandte/Bekannte/Freunde  Arbeitgeber  Presse  Sonstige .....  Abrechnungs-Nr. 11111 12

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:** 1 01.07.09 (Datum)

**2** Name des Mitglieds Vorname Geburtsdatum  
**Mustermann** **Hans** **01.01.1970**

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend  
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte/in“ zu machen).

**3** Mein/e Ehegatte/in ist selbst gesetzlich versichert:  Ja, bei: **BKK Pfalz**  Nein  
(Name der Krankenkasse)

Mein/e Ehegatte/in ist  privat versichert bei: \_\_\_\_\_ (bitte letzten Steuerbescheid beifügen)  
(Name der Krankenkasse)

**4** Meine Kinder sollen bei der BKK Pfalz mitversichert werden:  Ja  Nein  
Meine Kinder waren bisher auch schon bei mir mitversichert:  Ja  Nein, bei: \_\_\_\_\_  
(Name der Krankenkasse)

**5** Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer **0123-45678** oder per E-Mail \_\_\_\_\_ zu erreichen

**Angaben über Familienangehörige**

	Ehegatte/in	Kind	Kind	Kind
<b>6</b> Name		Mustermann		
Vorname		Max		
Verwandtschaftsverhältnis: Stief-, Enkel-, Pflege- und Adoptivkinder bitte besonders kennzeichnen		Kind		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl. <input checked="" type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsdatum		02.02.2000		
Ggf. abweichende Anschrift		/		
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	von _____ bis _____	/		
<b>7</b> Arbeitsverhältnis liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" 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 checked="" 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 <b>(Vorherige Kasse)</b>		<b>Beispielkasse Mannheim</b>		

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer**

**8** Rentenversicherungsnummer **12020200M011**

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.

**9** Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds  
**Musterstadt, 15.04.09** **H. Mustermann**

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.