

Antrag auf Familienversicherung 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: _____ (Name der Krankenkasse) <input type="checkbox"/> Nein		
Mein/e Ehegatte/in ist <input type="checkbox"/> privat versichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)		
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: _____ (Name der Krankenkasse)		
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 das Bruttoeinkommen sich erhöht oder einer der o. g. Angehörigen 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.