Pronova BKK

Antrag an Vertriebspartner*innen-Service der Pronova BKK senden:
Fax: 0621 53391-4510 oder E-Mail: vertriebspartner@pronovabkk.de

Betreuung im Vertriebsaußendienst: Torsten Strempel

Ja, ich möchte zum Mitglied der Pronova BKK werden.

Persönliche Angaben

Vorname, Name

Geburtsname

Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland

E-Mail

Staatsangehörigkeit

Rentenversicherungsnummer (soweit bekannt)

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobilnummer

Familienstand

Geschlecht ○ männlich ○ weiblich ○ divers

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Beschäftigt ab/seit...

Arbeitgeber*in

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon und Ansprechpartner*in (sofern bekannt)

Erstmalig in Deutschland beschäftigt? ○ ja ◉ nein

Berufsbezeichnung

Ich bin
- ○ Arbeitnehmer*in
- ○ Auszubildende*r
- ○ Freiwillig Versicherte*r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)
- ○ Selbstständige*r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)
- ○ Student*in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
- ○ Rentner*in (bitte Rentenbescheid beilegen)
- ○ Arbeitssuchend (bittte Arbeitslosengeldbescheid beilegen)

Bisherige Krankenkasse

Name der Kasse

PLZ, Ort

Versicherungszeitraum vom bis

Versichert als
○ Pflichtversicherte*r ○ Freiw. Versicherte*r ○ Fam.-Versicherte*r
○ Privat Versicherte*r ○ Im Ausland Versicherte*r

Familienversicherung
Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung).

○ ja ○ nein

Tipp: Direkt Antrag auf familienversicherung ausfüllen.

Wie dürfen wir Sie informieren?

◉ Ich wünsche die Zusendung des Kundenmagazins per Online-Newsletter anstelle des Postversands und stimme der Verwendung meiner o. g. E-Mail-Adresse zu.

○ Ich verzichte (bis auf schriftlichen Widerruf) auf den Versand des Kundenmagazins. Mir ist bewusst, dass ich die dort abgebildeten Informationen jederzeit über pronovabkk.de beziehen kann.

Unterschrift

Mitgliedschaft

Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied

Bonus Plus

Ich wurde zu Bonus Plus beraten und die Beantragung erfolgt durch

◉ Antragstellende ○ Vertriebspartner*in ○ keine Teilnahme an Bonus Plus

Vertriebspartner*in

Fairfekt Versicherungsmakler GmbH
Daniel Steinberger
Meessen 3
22113 Oststeinbek

Name, Anschrift und Telefonnummer der Vertriebspartner*in

☑ Ich (als Vertriebspartner*in) bestätige die eindeutige Identität des o. g. Mitglieds, die mittels Lichtbild-Dokument (Personalausweis, Pass, eGK) nachgewiesen wurde.

Vertriebspartner*in-Nummer 012644

Unterschrift Vertriebspartner*in

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zum Zweck der Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. SGB V und zur Beitragserhebung nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Die Pronova BKK speichert Ihre Daten nur soweit sie dazu gesetzlich legitimiert und solange es gesetzlich erforderlich ist (zurzeit maximal 10 Jahre). Die mit dem Versicherungsverhältnis zusammenhängenden Daten (§§ 288 SGB V, 99 SGB XI) werden für höchstens 30 Jahre gespeichert. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Gegen die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten können Sie bei uns oder bei der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Beschwerde einlegen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@pronovabkk.de oder Pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz 1, 51373 Leverkusen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Pronova BKK, 67082 Ludwigshafen vertreten durch den Vorstand. Verantwortliche Aufsichtsbehörde ist das Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn.

BKK40KTKAJQ-00

Pronova BKK

Vorname und Name des Mitglieds | KV-Nummer

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich _____ war bisher/bin

☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert: _____ Name der Krankenkasse

☐ im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei: _____ Name der Krankenkasse

☐ nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand vom Mitglied

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik Ehegattin/Ehegatte zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat ☐ sonstiges _____

☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Beginn der Familienversicherung: _____

Bei Rückfragen tagsüber unter der Tel.-Nr. zu erreichen: _____ (Angabe freiwillig)

Meine E-Mail-Adresse lautet: _____ (Angabe freiwillig)

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 Ihrer Ehegattin oder Ihrem Ehegatten bzw. Lebenspartner*in 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 der Ehegattin oder des Ehegatten bzw. Lebenspartner*in und – sofern die Ehegattin oder der Ehegatte bzw. Lebenspartner*in nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu ihrem bzw. 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

	Ehegattin/Ehegatte/ Lebenspartner*in	Kind	Kind	Kind
Name*				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w =weiblich, d = divers, x = unbestimmt)	☐ m ☐ w ☐ d ☐ x	☐ m ☐ w ☐ d ☐ x	☐ m ☐ w ☐ d ☐ x	☐ m ☐ w ☐ d ☐ x
Geburtsdatum				
gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind Die Bezeichnung „leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden.		☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Ist die Ehegattin oder der Ehegatte bzw. Lebenspartner*in mit dem Kind verwandt?		☐ (nein)	☐ (nein)	☐ (nein)

* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihre Ehegattin oder Ihr Ehegatte bzw. Lebenspartner*in bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegattin/Ehegatte/ Lebenspartner*in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
Bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familien-versicherung abgeleitet wurde:	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)
	(Nachname)	(Nachname)	(Nachname)	(Nachname)
*** Die bisherige Versicherung von Ehegattin oder Ehegatten bzw. Lebenspartner*in besteht weiter bei:**		(Name der Krankenversicherung)		

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Selbstständige Tätigkeit liegt vor:	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit:* (monatlich)	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, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium:*		vom bis zum	vom bis zum	vom bis zum
Wehr- oder Zivildienst:*		vom bis zum	vom bis zum	vom bis zum

*Nachweis: siehe Infoblatt

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

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.

Datum	Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	gegebenenfalls Unterschrift der Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Art. 13 DSGVO, zum Datenschutz siehe auch unsere Hinweise auf https://www.pronovabkk.de/datenschutz): 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.

Vers. 01-0125

Pronova BKK

Infoblatt zur Familienversicherung

Wer kann kostenfrei familienversichert werden?

- Leibliche Kinder, Stiefkinder, Enkel- und Pflegekinder.
- Ehegattin, Ehegatte bzw. Lebenspartner*in.

Was sind unter anderem die Voraussetzungen für Ihre Angehörigen?

- Sie leben in Deutschland.
- Sie sind nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse.
- Sie sind nicht hauptberuflich selbständig tätig.
- Sie haben ein regelmäßiges Gesamteinkommen von maximal 535 EUR monatlich (Wert für 2025).
- Sie üben eine geringfügige Beschäftigung mit einem Entgelt bis zur Geringfügigkeitsgrenze aus.

Bis zu welchem Alter können Kinder familienversichert sein?

- Bis zum 23. Geburtstag, wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- Bis zum 25. Geburtstag, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung oder in einem Studium befinden.
- Wird ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz absolviert, setzen Sie sich bitte zeitnah vor Dienstbeginn mit uns in Verbindung. Wir klären für Sie, ob eine Familienversicherung weiterhin möglich ist.
- Ohne Altersbeschränkung, wenn Ihr Kind behindert ist und nicht für sich selbst sorgen kann. Dabei muss die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorgelegen haben, zu dem ein grundsätzlicher Anspruch auf eine Familienversicherung bestanden hat.

Kann die Familienversicherung über den 25. Geburtstag hinaus verlängert werden?

Ja, unter bestimmten Voraussetzungen. Gerne prüfen wir, ob die Familienversicherung über den 25. Geburtstag hinaus verlängert werden kann.

Hierzu zählen Zeiten des gesetzlich vorgeschriebenen Wehr- oder Zivildienstes (bis 30.06.2011) sowie Zeiten von Diensten im Sinne des Jugendfreiwilligendienst- oder Bundesfreiwilligendienstgesetzes, die ab dem 01.07.2011 begonnen wurden. Angerechnet wird die Zeit des tatsächlich geleisteten Dienstes, maximal jedoch 12 Monate.

Was ist sonst noch wichtig?

Ist Ihre Ehegattin oder Ihr Ehegatte bzw. Lebenspartner*in privat (also nicht gesetzlich) versichert, können Ihre Kinder nur unter folgenden Voraussetzungen familienversichert werden:

- Wenn die privat versicherte Person nicht mit dem zu versichernden Kind verwandt ist.

  oder
- Wenn die privat versicherte Person ein Gesamteinkommen unter 6.150 EUR monatlich (Wert für 2025) oder ein geringeres Gesamteinkommen als das Mitglied der Pronova BKK hat.

Stand: Januar 2025

Pronova BKK

Welche Nachweise benötigen wir gegebenenfalls von Ihnen?

Zur Identifikation bei erstmaliger Aufnahme:	Kopie des Personalausweises (alternativ Kinderausweis oder Geburtsurkunde)
Bei Zuzug aus dem Ausland:	Anmeldebestätigung des Einwohnermeldeamtes
Bei Kindern ab dem 23. Geburtstag:	Aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung oder Bescheinigung über das freiwillige/soziale/ ökologische Jahr
Bei Verlängerung über den 25. Geburtstag:	Bei geleistetem Jugendfreiwilligendienst oder Bundesfreiwilligendiensten bzw. bei geleisteten frw. Wehrdiensten: Nachweis über die Dienstzeit
Bei Stiefkindern und Enkelkindern:	Fragebogen Haushaltsaufnahme (bitte gesondert anfordern)
Bei Pflegekindern:	Nachweis über den genauen Zeitpunkt der Annahme des Kindes
Bei Adoption:	Adoptionsbeschluss, geänderte Geburtsurkunde
Bei Angehörigen mit eigenen Einkünften, wie z. B. - Kapitalerträge, Miet- oder Pachteinnahmen - Abfindung (für den Verlust des Arbeits- platzes) - aus einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) - aus einer selbständigen Tätigkeit	- Kopie des aktuellen Steuerbescheides - Kopie des Abfindungsvertrages und Kopie der letzten Gehaltsabrechnung - Keine Nachweise erforderlich - Fragebogen zur Prüfung von Haupt- oder Nebenberuflichkeit (bitte gesondert anfordern)
Bei Angehörigen mit eigener Rente: (gesetzliche Rente, Betriebsrente sowie Renten aus dem Ausland):	Kopie des aktuellen Rentenbescheids
Bei erstmaliger Aufnahme in die Familien- versicherung - Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartner*in: - Kinder mit abweichendem Familiennamen:	Kopie der Heirats-/Lebenspartnerschaftsurkunde Kopie(n) der Geburtsurkunde(n)
Bei privat versicherter Person, die mit dem Kind verwandt ist (z. B. Ehegattin/Ehegatte/Lebens- partner*in):	Kopie des aktuellen Steuerbescheides Zuschläge, die (bspw. bei Beamten) mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt – hierzu bitte die letzte Gehaltsabrechnung beizufügen.

Wichtig! Veränderungen in den persönlichen Verhältnissen des familienversicherten Angehörigen wie zum Beispiel eine Beschäftigungsaufnahme, das Überschreiten der Einkommensgrenze (siehe Infoblatt), Austritt der mit dem Kind verwandten Ehegattin oder des Ehegatten bzw. Lebenspartner*in aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Scheidung teilen Sie uns bitte umgehend mit. Dann können wir zeitnah feststellen, ob die Veränderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen Auswirkungen auf die kostenfreie Familienversicherung Ihrer Angehörigen haben. Vielen Dank.

Vers. 01-0125