

BKK24
 Hauptverwaltung
 31681 Obernkirchen

Nutzen Sie gerne unsere Online-Geschäftsstelle, auch über die App „Meine BKK24“, um uns den Antrag zukommen zu lassen. Alternativ können Sie diesen auch per Post oder E-Mail an uns zurück senden.



Online-Geschäftsstelle
 oder App „Meine BKK24“



info@bkk24.de

BEITRÄGE ZUR PFLEGEVERSICHERUNG – ANGABEN ZU IHREN KINDERN

Damit wir Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen können, benötigen wir Angaben zur Anzahl Ihrer Kinder. Bitte senden Sie dazu dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Meine persönlichen Angaben

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|-----|---|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße/Nummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ | | | | | | | Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | Krankenversicherungsnummer | | | | | | | | | | | | | | | | |

Angaben zu meinen Kindern

Bitte tragen Sie Ihre leiblichen bzw. Stief-, Pflege- und Adoptivkinder ein. **Nur auszufüllen**, wenn Ihre Kinder **unter 25 Jahre** sind.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leibliches Kind | <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind | Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leibliches Kind | <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind | Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leibliches Kind | <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind | Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leibliches Kind | <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind | Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leibliches Kind | <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind | Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | | | | | |

Haben Sie weitere Kinder?

Sofern Sie weitere berücksichtigungsfähige Kinder haben, bitten wir Sie, uns dies gesondert mitzuteilen.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum | T | T | M | M | J | J | J | J | Unterschrift der/des Versicherten (ggf. gesetzlicher Vertreter): | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|