

urschriftlich zurück an:

Bertelsmann BKK
 Team Rehabilitation
 Carl-Miele-Str. 214
 33311 Gütersloh

KV-Nr.:
Name, Vorname:
Partner-ID:

Für die Ermittlung des Pflegeversicherungsbeitrages sind folgende Angaben erforderlich:

- Ich habe keine Kinder.
- Ich habe insgesamt _____ Kinder*, davon sind _____ Kinder **unter 25 Jahre alt**.
 Bitte tragen Sie Ihre Kinder unter 25 Jahren in der folgenden Tabelle ein.

1. Kind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind

2. Kind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind

3. Kind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind

4. Kind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind

5. Kind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind

* Für die Berechnung des korrekten Beitrags sind sowohl lebende, als auch verstorbene Kinder anzugeben.

x

Datum, Ort

x

Unterschrift

Schnell und einfach elektronisch zurücksenden:

Über das Nachrichtenpostfach der Online-Geschäftsstelle oder
 das Kontaktformular: www.bertelsmann-bkk.de/kontaktformular