

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung.

Name, Vorname des Mitglieds _____

Krankenversicherungsnummer des Mitglieds _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____ Telefon privat _____

Geburtsort _____ Rentenversicherungsnummer _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet geschieden seit
 getrennt lebend eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem
 Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

Mein Ehepartner ist selbst versichert nein ja, bei _____ (Name und Sitz der Krankenkasse)

Familienangehörige

Angaben für Ihren Ehepartner bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehepartners sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel	X			
eigene Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis bei	vom bis bei	vom bis bei	vom bis bei
selbständige 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
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung „Mini-Job“ (max. 400 € mtl.)	€	€	€	€
regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Abfindungen, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	€ <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: <small>Bitte Nachweise beifügen.</small>	€ <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: <small>Bitte Nachweise beifügen.</small>	€ <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: <small>Bitte Nachweise beifügen.</small>	€ <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: <small>Bitte Nachweise beifügen.</small>
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/ Studienbescheinigung beifügen)	X	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	X	vom bis	vom bis	vom bis

Wichtig! Angaben zur Vergabe der neuen Krankenversicherungsnummer (§ 290 SGB V)				
Rentenversicherungsnummer				
Wenn nicht vorhanden: 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 oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Ort/Datum Unterschrift des Mitglieds Unterschrift des Ehepartners Unterschrift der Familienangehörigen ab 15 Jahren

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Wird von der Krankenkasse ausgefüllt				
Anspruch auf Familienversicherung besteht	<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
Bemerkungen		Datum	Hdz.	

Bitte zurück an: Vereinigte BKK, Postfach 610115, 60343 Frankfurt