

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds		
Name, Vorname des Mitglieds		Krankenversicherungsnummer
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft		Mein Ehegatte/Lebenspartner ist versichert bei _____ Name der Krankenkasse/Versicherungsgesellschaft _____
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Beginn der Familienversicherung		Telefonnummer ¹ (für Rückfragen)
		E-Mail-Adresse ¹

1- Die Erhebung der Daten beruht auf §§9, 10, 206 SGB V/§ 50 SGB XI. Die Angabe zur Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist 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 Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner 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 des Ehegatten/ Lebenspartners und- sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist- zu 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				
	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.	—	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen	—	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung - endet am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse)		---	---	---

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.	<input type="checkbox"/> ja _____ Euro monatlich			
Geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	_____ Euro monatlich	_____ Euro monatlich	_____ Euro monatlich	_____ Euro monatlich
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen bei Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ Euro monatlich Art der Einkünfte			
Schulbesuch/ Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen	---	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Freiwilliger Wehr- oder Zivildienst Bitte Dienstbescheinigung beifügen	---	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
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 bei familienversicherten Kindern - der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Homepage unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gern direkt bei uns an 0571 93409-0 oder datenschutz@bkk-melitta.de.