

BKK24
Familienversicherung
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen

Familienangehörige kostenlos mitversichern

Antrag auf Feststellung der Familienversicherung bei Ihrer BKK24

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab: _____

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name: _____ Vorname: _____ KV-Nr.: _____

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
☐ Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____

Familienstand:

- A ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft (Angaben bitte unter der Rubrik "Ehegatte")
B ☐ rechtskräftig geschieden seit _____ ☐ verwitwet seit _____

Versicherung des Ehegatten:

- C Mein Ehegatte ist selbst versichert und zwar gesetzlich ☐ bei _____ nicht gesetzlich ☐ bei _____
D Familienversichert bei der BKK24 ☐

Ihre Kontaktdaten:

E Ich bin tagsüber zu erreichen unter der Telefonnummer: _____ eMail Adresse: _____

2. Angaben zu den Familienangehörigen

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

		Ehegatte	Kind	Kind	Kind
F	Krankenversicherten-Nr.				
G	Name				
H	Vorname				
I	Geburtsdatum				
J	Geschlecht	☐ m ☐ w	☐ m ☐ w	☐ m ☐ w	☐ m ☐ w
K	Vom Mitglied abweichende Anschrift	Straße PLZ Ort	Straße PLZ Ort	Straße PLZ Ort	Straße PLZ Ort
L	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland?	☐ nein ☐ ja in: _____	☐ nein ☐ ja in: _____	☐ nein ☐ ja in: _____	☐ nein ☐ ja in: _____
Angaben zum Kind					
M	Leibliches Kind des Mitgliedes?	XXXXXXXXXXXX	☐ ja ☐ nein, sondern: _____	☐ ja ☐ nein, sondern: _____	☐ ja ☐ nein, sondern: _____
N	Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	XXXXXXXXXXXX	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
O	Schulbesuch/Studium	XXXXXXXXXXXX	von-bis _____	von-bis _____	von-bis _____
P	Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst	XXXXXXXXXXXX	von-bis _____	von-bis _____	von-bis _____

Seite 2 zum Antrag auf Feststellung der Familienversicherung

Name: _____ Vorname: _____ KV-Nr.: _____

	Berufliche Situation	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Q	Erwerbslosigkeit (ohne Einkommen)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
	ALG II-Bezug?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
R	Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____
	S	Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja brutto _____ von-bis _____
T		Selbstständige Tätigkeit	☐ nein ☐ ja Gewinn _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja Gewinn _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja Gewinn _____ von-bis _____
	Sonstige Einkünfte				
U	Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrecht	☐ nein ☐ ja Art _____ brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja Art _____ brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja Art _____ brutto _____ von-bis _____	☐ nein ☐ ja Art _____ brutto _____ von-bis _____
	Krankenversicherung				
V	Die bisherige Versicherung endete am: _____ bestand bei: _____	_____	_____	_____	_____
W	Art der bisherigen Versicherung	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich
X	Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft diese abgeleitet wurde	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
		Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____
Angaben zur Vergabe der Krankenversichertennummer					
Y	Rentenversicherungs-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 künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid) oder einer dieser Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden. Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

Datum, Ort

Unterschrift des Mitgliedes, ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Die Angaben zur Telefonnummer bzw. eMail-Adresse sind freiwillig.

