

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:
BKK Mobil Oil
20091 Hamburg

Name
Versichertennummer

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft im Rahmen einer Familienversicherung versichert
(Name der Krankenkasse) _____ nicht gesetzlich versichert

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

Anlass für die Familienversicherung Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Heirat
 Geburt eines Kindes Beginn einer Mitgliedschaft Sonstiges _____

Telefon _____ E-Mail _____

Allgemeine Angaben zum Familienangehörigen

Folgende Angaben benötigen wir vollständig von jedem Angehörigen, der über Sie bei uns familienversichert ist oder war. Die Familienversicherung betrifft nur Ihre Kinder? Es sind dennoch Auskünfte zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)) erforderlich. Das Einkommen Ihres Ehegatten/Lebenspartners (LPartG) brauchen Sie nur angeben, wenn dieser nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist. **Wichtig:** Wir benötigen Belege zu Ihren Einnahmen in Form von Einkommensnachweisen (z. B. Einkommenssteuerbescheid). Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, lassen Sie bitte unberücksichtigt.

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.

	Ehegatte	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				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Beginn der Familienversicherung				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Wählen Sie „leibliches Kind“ auch bei Adoption.)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
		<i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>		
Die bisherige Versicherung endete am:				
Name Versicherung				
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

YBPRITBELE

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name _____ Versichertennummer _____

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei	Krankenversicherung	Krankenversicherung	Krankenversicherung	Krankenversicherung
Vor- und Nachname des Mitglieds, sofern eine Familienversicherung bestand				
Selbstständige Tätigkeit	<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
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	<i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.</i>			
Arbeitslosengeld II	<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
Gesetzliche, ausländische, sonst. Renten, Betriebsrente, Versorgungsbezüge (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Sonstige regelmäßige mtl. Einkünfte im Sinne d. Einkommensteuerrechts	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
	<i>Z. B.: Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, aus Kapitalvermögen.</i>			
Entgelt aus geringfügiger Beschäftigung (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Schulbesuch/Studium		vom _____	vom _____	vom _____
		bis _____	bis _____	bis _____
	<i>Bitte bei Angehörigen ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.</i>			
Wehr- oder Zivildienst		vom _____	vom _____	vom _____
		bis _____	bis _____	bis _____
	<i>Bitte Dienstbescheinigung beifügen.</i>			
Rentenversicherungsnummer				
<i>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</i>				
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 oben angegebenen Angehörigen verändert, z. B. ein neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit vorliegt oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____ Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____
 Mit der Unterschrift erkläre ich dass meine Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben. 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.