

AUFNAHMEANTRAG

ZUR FAMILIENVERSICHERUNG

AB DEM:



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN DES MITGLIEDS

Bitte vollständig ausfüllen!

Geschlecht: ☐ weiblich (w) ☐ männlich (m) ☐ divers (d) ☐ unbestimmt (x)

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Versicherten-Nr.:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Familienstand: ☐ ledig ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ getrennt lebend

☐ verheiratet seit: ☐ geschieden seit: ☐ verwitwet seit:

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes/der Kinder ☐ Heirat

Sofern noch nicht eingereicht, bitte Geburtsurkunde beifügen

☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

☐ Sonstiges:

Beginn der Familienversicherung:

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 die Familienversicherung ausschließlich 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.

1.1 ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Bitte vollständig ausfüllen!

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

Bei fehlender Namensgleichheit zwischen Mitglied und Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Ehe-, Lebenspartnerschafts-, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.

	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name:				
Vorname:				
Geschlecht:	☐ w ☐ m ☐ d ☐ x	☐ w ☐ m ☐ d ☐ x	☐ w ☐ m ☐ d ☐ x	☐ w ☐ m ☐ d ☐ x
Geburtsdatum:				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift:				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind:		☐ leibliches Kind/Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind/Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind/Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Bitte wenden!

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN DES MITGLIEDS Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

1.2 ANGABEN ZUR LETZTEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Bisherige Versicherung endet am:				
Bisherige Versicherung bestand bei (Krankenkasse):				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, über die Sie versichert waren.				
Bisherige Versicherung besteht weiter bei (Krankenkasse):				

1.3 SONSTIGE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit  Kopie Einkommensteuerbescheid beifügen	€/Monat	€/Monat	€/Monat	€/Monat
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	€/Monat	€/Monat	€/Monat	€/Monat
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Gesetzliche Rente, Versicherungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Rente	€/Monat	€/Monat	€/Monat	€/Monat
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte in Euro im Sinne des Einkommensteuerrechts, z. B. : • Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, • Einkünfte aus: Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen oder • Unterhalt, den Stief- oder Enkelkinder von Dritten erhalten Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte:
Schulbesuch/ Studium:  Bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studentenbescheinigung beifügen		von: bis:	von: bis:	von: bis:
Freiwilliger Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst, Grund- oder Zivildienst  Dienstzeitbescheinigung beifügen		von: bis:	von: bis:	von: bis:

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN DES MITGLIEDS	 Bitte vollständig ausfüllen!
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:

1.4 ANGABEN ZUR VERGABE EINER KRANKENVERSICHERTENUMMER FÜR FAMILIEN-VERSICHETERTE ANGEHÖRIGE				
	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer				

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 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.

Datenschutzhinweis!

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

X	X	
Ort, Datum		Unterschrift des Mitglieds; ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Gerne helfen wir Ihnen auch persönlich beim Ausfüllen des Antrags.

Wenn Sie Unterstützung benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter unter
 TEL **02304 9826-0**.