

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____
 nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

Familienstand

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert

- nein ja, bei _____

Name und Sitz der Krankenkasse

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen.
 (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse lautet _____

(freiwillige Angabe)

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	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	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
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"/> 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? Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	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, Vorname und Name der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
	Name	Name	Name	Name
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Name der Krankenkasse / Krankenversicherung				

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatlich Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung monatlich	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten monatlicher Zahlbetrag	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen	EUR	EUR	EUR	EUR
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Schulbesuch / Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	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 diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Nach §§ 198 bis 206 SGB V sind Sie zur Angabe der Daten verpflichtet. Geben Sie die Daten nicht bekannt, drohen Rechtsfolgen (z. B. Schätzung, Zwangsfestsetzung der Beiträge). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.die-bergische-kk.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@die-bergische-kk.de.

Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Anliegens freiwillige Angaben. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: DIE BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen. Ich bin damit einverstanden, dass die BERGISCHE meine angegebenen freiwilligen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können, auch per E-Mail und Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. (Wenn nicht zutreffend, bitte streichen.)

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.