

Vorname / Name des Mitglieds

KV-Nr:



## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

# BKK HMR

### 01. Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ich war bisher versichert**
- im Rahmen der eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung  
 nicht gesetzlich krankenversichert

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

- Familienstand**
- ledig       getrennt lebend       verwitwet  
 verheiratet       geschieden
- 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 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**      **Kontaktdaten (freiwillige Angabe)**      **E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)**  
 Bei Rückfragen bin ich tagsüber zu erreichen unter **Telefon-Nr.** \_\_\_\_\_

### 02. 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.**

#### 02.1 Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Angaben zur Person	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind</b> * 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	
<b>Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?</b> Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	

## 02.2 Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
endete 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
<b>Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand</b>				
Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	Vorname Name	Vorname Name	Vorname Name	Vorname Name
<b>Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:</b>				
Name der Krankenkasse / Krankenversicherung				

## 02.3 Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

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

## 03. Angabe zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Renten-/ Sozial- versicherungsnummer	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Datenschutzhinweis (Art. 13 EU-DSGVO): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen 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 Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie unter [www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung](http://www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung)

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige 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.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitgliedes

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

Unterschrift der Familienangehörigen ab dem 15. Lebensjahr / des Ehegatten

Bei getrennt lebenden Ehegatten reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Interne Erledigungsvermerke der BKK HMR

MBF eGK Melde Vf-FV

--	--	--