

Allgemeine Angaben des Mitglieds:

Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer _____

Telefon (freiwillige Angabe) _____

Ich war bisher:

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei _____ (Name der Krankenkasse)
- im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____ (Name der Krankenkasse)
- nicht gesetzlich krankenversichert
- an meiner Versicherung ändert sich nichts, ich bin laufend Mitglied der BKK_DürkoppAdler.

Familienstand des Mitglieds:

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
- seit seit seit seit
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
(in diesem Fall bitte die Angaben unter der Rubrik Ehegatte eintragen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja, 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 folgender 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:

Familienversicherung soll neu hergestellt werden. Wenn ja, bitte ankreuzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
*Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder, sofern deren Vorlage nicht möglich ist, durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	m x w d	m x w d	m x w d
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"/> 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
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	/	<input type="checkbox"/> (Nein)	<input type="checkbox"/> (Nein)	<input type="checkbox"/> (Nein)

Name, Vorname des Mitglieds

Krankenversicherungsnummer

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen:

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • 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
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname
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.	€	€	€	€
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
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)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	€ Art der Einkünfte	€ Art der Einkünfte	€ Art der Einkünfte	€ Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (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 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.

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.