

Familienantrag

Rücksendeadresse
BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

Familienversicherung meines/r Angehörigen ab:

Persönliche Angaben des Mitglieds

Nachname:	Vorname:	KV-Nummer:
Telefonnummer:	E-Mail:	

Angaben zum Familienstand

Familienstand

ledig
 verheiratet
 Lebenspartnerschaft
 verwitwet
 getrennt lebend
 geschieden seit:

Mein Ehegatte ist selbst versichert

nein
 ja, bei:

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt versichert bei

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 Ich bin nicht gesetzlich krankenversichert

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beginn der Mitgliedschaft
<input type="checkbox"/> Geburt meines Kindes (bitte Geburtsurkunde beilegen)
<input type="checkbox"/> Heirat (bitte Heiratsurkunde beilegen) | <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: |
|--|--|

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.**

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Vorname/Nachname (bei abweichendem Namen bitte Geburts- oder Heiratsurkunde beilegen)			
Geburtsdatum			
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Verwandtschaftsverhältnis des/der Hauptversicherten zum Kind (Die Bezeichnung „leibliches Kind ist auch bei Adoption zu verwenden)			
X	<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 Ehepartner/die Ehepartnerin mit dem Kind verwandt?			
X	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer			
Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit			

Familienantrag

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Die bisherige Versicherung endet/e am			
Die bisherige Versicherung bestand bei			
Art der bisherigen Versicherung			
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft
<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Familienversicherung
<input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich/privat	<input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich/privat	<input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich/privat	<input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich/privat
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Vorname/Nachname des Hauptversicherten			
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Name der Krankenkasse / Krankenversicherung			
	X	X	X

Angaben zu den Einnahmen der Familienangehörigen

Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
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 Einkommensteuerbescheids beilegen			
Rentenantrag wurde gestellt			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
monatlicher Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländischen Renten, sonstigen Renten			
monatliche Bruttoeinkünfte aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)			
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt, Kapitalvermögen, Zinsen, Vermietung und Verpachtung). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beilegen.			
Art der Einnahmen (z.B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)			
Schule/Studium (bitte ab Vollendung des 23. Lebensjahrs eine Bescheinigung beifügen) voraussichtlich von/bis			
X	von bis	von bis	von bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Bescheinigung beifügen) von/bis			
X	von bis	von bis	von bis
Bezug von Arbeitslosengeld II			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert.

Unterschrift

Ort	Datum	Unterschrift	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
		X	

Datenschutzhinweis und Einwilligung: Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich (Art. 5, 6 DSGVO i.V.m. § 284 SGB V). Sie werden aufgrund der Bestimmung des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Faber-Castell & Partner meine Daten für interne Zwecke verarbeitet und nutzt. Sie dienen auch späteren Beratungszwecken (schriftlich und telefonisch). Gleichzeitig erteile ich der BKK Faber-Castell & Partner meine Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (Art. 7 DSGVO). Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Die BKK sichert die strikte Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.