

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

ALLGEMEINE ANGABEN DES MITGLIEDS

Name, Vorname

Krankenversichertennr.

Geburtsdatum

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei
- im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei (Name und Sitz der Krankenkasse)
- nicht gesetzlich krankenversichert

Telefonisch tagsüber erreichbar unter

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- getrennt lebend
- geschieden seit
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG (Weitere Angaben in der Rubrik "Ehegatte" ergänzen)

Anlass für die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft
- Ende der eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
- Heirat
- Geburt des Kindes
- Sonstiges

Beginn der Familienversicherung

Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Angehörige bei uns versichert werden sollen. Angaben für Ihren Ehegatten oder Lebenspartner bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist. Die Einnahmen sind zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name (bei abweichendem Familiennamen bitte Heirats- bzw. Geburtsurkunde beifügen)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht (bitte ankreuzen)	<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
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
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift (Straße / Hausnr. PLZ / Ort)				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel	_____			
Arbeitsverhältnis / selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (bitte Einkommensnachweis beifügen)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen? Bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten (bitte Einkommensnachweis beifügen)	_____ € Art der Einkünfte _____	_____ € Art der Einkünfte _____	_____ € Art der Einkünfte _____	_____ € Art der Einkünfte _____
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 18 Jahren aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Die bisherige Versicherung: besteht/bestand am: _____ bestand bei: (Name der Krankenkasse) _____				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Versicherung)				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Meine Familienversicherten möchten am FitBonus* der BKK Linde teilnehmen. Eine Teilnahme ist erst ab dem 16. Geburtstag möglich.

Über Änderungen werde ich die BKK Linde umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben und die Richtigkeit der Angaben. Ihre persönlichen Daten erheben und speichern wir zur Erfüllung unserer Aufgaben. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V.

Ort

Datum

Unterschrift des Mitglieds; ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

