

Zurück an:

BKK Werra-Meissner
Straßburger Straße 5
37269 Eschwege

_____ Vorname Name des Mitglieds
KV-Nr.: _____

Fragebogen zur Familienversicherung

Angaben sind erforderlich ab

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ihr Familienstand: ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend
- verwitwet geschieden seit _____
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- Mein Ehegatte ist selbst versichert nein ja, bei _____
- **Von nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten benötigen wir einen aktuellen Einkommensnachweis!**
Werden Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung oder Kapital bezogen, benötigen wir zusätzlich den Steuerbescheid

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat am: _____
 - Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____
 - Überprüfung der bestehenden Familienversicherung
- Beginn der Familienversicherung: _____

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Name				
Vorname				
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
Versicherung bei einer Krankenkasse: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitangaben • Name der Krankenkasse • Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)	vom _____ bis _____ bei _____ (Name der Krankenkasse)	vom _____ bis _____ bei _____ (Name der Krankenkasse)	vom _____ bis _____ bei _____ (Name der Krankenkasse)	vom _____ bis _____ bei _____ (Name der Krankenkasse)
	Art der Versicherung _____	Art der Versicherung _____	Art der Versicherung _____	Art der Versicherung _____
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)

***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.**

Name: _____

Angaben zum Einkommen von 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)	€	€	€	€
Unterhaltszahlungen	_____	€	€	€
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer				
Eigene Rentenversicherungs-nr. (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 Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Bei Fragen bin ich unter der Handy-Nr. _____ zur erreichen, Email: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.