

Familienfragebogen

bitte zurück an: BKK firmus, Postfach 1360, 49003 Osnabrück

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Krankenversicherten-Nr.		Die Angaben sind erforderlich ab dem	
Name		Vorname	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LpartG (Angaben sind unter der Rubrik Ehegatte zu machen.)		
Mein Ehegatte ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____			
(Besteht eine Private Krankenversicherung, bitte Einkommensnachweise beifügen.) Name und Sitz der Krankenkasse			
Tagsüber erreichbar unter Telefon:		E-Mail-Adresse:	

Familienangehörige

Bitte prüfen Sie die Angaben in der Tabelle und ergänzen Sie ggf. die Angaben. Die Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dies gilt nicht, wenn der Ehegatte nicht mit den Kindern verwandt ist. Wenn Ihr Ehegatte selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist, kann auf die Einkommensdaten verzichtet werden. Vermerken Sie dies bitte kurz auf dem Bogen.

Ich war bisher: im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei: _____
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei: _____
 nicht gesetzlich versichert

Grund für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn der Mitgliedschaft Heirat
 Geburt Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Bestandspflege: Bei bereits mitversicherten Angehörigen sind die Angaben erforderlich ab:

KV-Nr. Mitglied:	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stiefkind, Pflegekind, Enkel (Bei Stiefkindern bitte Einkommensnachweise der Familie sowie Unterlagen zum Unterhalt beifügen.)				
Ist der der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	<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
Bisherige Versicherung bei einer anderen Krankenkasse*	vom: bis: bei: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familien-versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	vom: bis: bei: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familien-versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	vom: bis: bei: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familien-versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	vom: bis: bei: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familien-versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Art der Versicherung				
*Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie daher bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.				
Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen!		vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:

KV-Nr. Mitglied:	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Wehr- oder Zivildienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen!	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Selbständige Tätigkeit liegt vor. Bitte reichen Sie eine Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheides ein. <small>(Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:
Geringfügige Beschäftigung liegt vor. Bitte geben Sie Ihr monatliches Bruttoentgelt an. <small>(Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)</small>	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:
Mehr als geringfügig beschäftigt. Bitte Nachweise beifügen! <small>(Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)</small>	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Rente Bitte Nachweise beifügen!	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts <small>(Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small> Bitte Nachweise beifügen!	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer:

Rentenversicherungsnummer				
----------------------------------	--	--	--	--

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. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum

Unterschrift des Mitgliedes

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.

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.