Rückantwort bitte an:

Novitas BKK
47050 Duisburg

Telefon: 0180 2 999 970
(6 Cent/Anruf aus dem Festnetz/Mobil max. 42 Cent/Min.)
Telefax: 0800 222 3400-05
(gebührenfrei)

NOVITAS BKK
EXTRA ANDERS . EXTRA FÜR SIE

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Angaben des Mitglieds **Name:** **Vorname:** **KVNR:**

Familienstand
☐ ledig
☐ verheiratet seit
☐ getrennt lebend
☐ geschieden
☐ verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG
(In diesem Fall sind die Angaben unter Rubrik „Ehegatte" zu tätigen und die Bestätigung der zuständigen Behörde beizufügen.) seit

Mein/e Ehefrau/Ehemann/Kind ist selbst versichert bei

☐ Nein ☐ Ja, bei

Name und Sitz der Krankenkasse

Bei Fragen bin ich über

zu erreichen / freiwillige Angaben

Angaben für Ihren Ehegatten 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 ist oder nicht mit den Kindern verwandt ist. Bei Neuaufnahmen bitte Versicherungsbescheinigung der Vorkasse beifügen, bei neugeborenen Kindern bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	☐ männl. ☐ weibl.	☐ männl. ☐ weibl.	☐ männl. ☐ weibl.	☐ männl. ☐ weibl.
Abweichender Familienname und / oder abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied		☐ leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐ Stief-/Enkelkind*	☐ leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐ Stief-/Enkelkind*	☐ leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐ Stief-/Enkelkind*
Verwandt mit dem Ehegatten		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Arbeitsverhältnis/ selbständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Beginnt der Familienangehörige eine Ausbildung oder eine Beschäftigung?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringf. Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente oder sonstige Renten.	_____ EUR ☐ monatlich ☐ jährlich Art der Einkünfte:	_____ EUR ☐ monatlich ☐ jährlich Art der Einkünfte:	_____ EUR ☐ monatlich ☐ jährlich Art der Einkünfte:	_____ EUR ☐ monatlich ☐ jährlich Art der Einkünfte:
Schulbesuch oder Studium voraussichtlich bis: (bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen)		bis J J J J	bis J J J J	bis J J J J
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstbescheinigung beifügen)		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Ist oder war der Familienangehörige bei einer anderen Krankenkasse / privaten Krankenkasse versichert? (bitte unbedingt benennen)	☐ Ja ☐ Nein von bis bei	☐ Ja ☐ Nein von bis bei	☐ Ja ☐ Nein von bis bei	☐ Ja ☐ Nein von bis bei
Soll Ihr Angehöriger bei uns mitversichert werden?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

*Für die Prüfung des Anspruchs auf Familienversicherung bei Stief- oder Enkelkindern erhalten Sie ggf. einen weiteren Fragebogen.

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer:

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. Das gilt insbesondere, wenn sich mein Bruttoeinkommen oder das meiner o.a. Angehörigen verändert oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden. Sollte mein Ehegatte nicht gesetzlich versichert sein, werde ich nach Erhalt eines neuen Steuerbescheides diesen umgehend zur Prüfung einreichen.

Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes	Ort, Datum, Unterschrift des Ehegatten
Telefonnummer	Ort, Datum, Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialversicherung – SGB X -): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.