



WMF Betriebskrankenkasse

Familienversicherung

Familienangehörige ohne oder mit nur geringem Einkommen werden bei uns beitragsfrei mitversichert, sofern sie aus anderen Gründen nicht bereits selbst versichert sind. Auch bei einer bereits bestehenden Familienversicherung – z. B. beim anderen Elternteil – ist der Wechsel in die Familienversicherung bei uns möglich.

Sie möchten Ihre Angehörigen bei uns beitragsfrei mitversichern?

Dann benötigen wir Ihre Mithilfe: Ergänzen Sie auf diesem Fragebogen bitte alle zutreffenden Felder, unterschreiben Sie auf der Rückseite und senden Sie ihn, zusammen mit den anderen Unterlagen, an uns zurück. Bitte geben Sie die Angaben zum Ehegatten auch dann an, wenn nur Kinder versichert werden sollen. Bei Bedarf stehen wir Ihnen beim Ausfüllen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre WMF Betriebskrankenkasse

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname und Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Familienstand

ledig

geschieden seit _____

getrennt lebend

verwitwet

verheiratet

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG (Angaben bitte umseitig bei „Ehegatte“)

Angaben zur bisherigen Versicherung

Ich war bisher

selbst versichert

familienversichert

nicht gesetzlich versichert

Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse

Telefonische Erreichbarkeit tagsüber (Angabe freiwillig)

Angaben zum Ehe- / Lebenspartner

Mein Ehegatte / Lebenspartner

ist nicht selbst versichert

ist selbst versichert

Name und Sitz der Krankenkasse

(Ist der Ehegatte privat versichert, ist ein Einkommensnachweis zwingend erforderlich – z. B. Einkommensteuerbescheide oder Gehaltsabrechnungen des Monats Dezember)

Ich bestätige die Richtigkeit aller gemachten Angaben durch die **umseitige Unterschrift**.

Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung für Familienangehörige

Personalien	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name ¹	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
ggf. abweichende Anschrift	<input type="text"/>			
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied				
Leiblicher Elternteil der nebenstehend genannten Kinder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind

¹ Vom Mitglied abweichenden Familiennamen bitte durch Heirats- bzw. Geburtsurkunde nachweisen.

Angaben zur bisherigen eigenen Versicherung oder Familienversicherung				
von	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	von
bis	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	bis
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Kasse	<input type="text"/>	Kasse	<input type="text"/>	Kasse

Selbstständige 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bruttoeinkommen aus geringfügiger Beschäftigung				
<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr
Regelmäßige Einkünfte i. S. des Einkommensteuergesetzes				
<small>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, aus Vermietungen und Verpachtung, Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten)</small>				
<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Monat <input type="checkbox"/> im Jahr
(Art der Einkünfte)	<input type="text"/>	(Art der Einkünfte)	<input type="text"/>	(Art der Einkünfte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schulbesuch/Studium				
von	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	von
bis	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	bis
<small>(Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte eine Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen)</small>				

Wehr- oder Zivildienst				
von	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	von
bis	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	bis
<small>(Bitte Bescheinigung beifügen)</small>				

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer				
Rentenvers.-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort/-land	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum, Unterschrift

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Ehegatten oder Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – 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) zu erheben.