

Allgemeine Angaben des Mitglieds:

Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer _____

Telefon (freiwillige Angabe) _____

Ich war bisher:

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei _____ (Name der Krankenkasse)
- im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____ (Name der Krankenkasse)
- nicht gesetzlich krankenversichert
- an meiner Versicherung ändert sich nichts, ich bin laufend Mitglied der BKK_DürkoppAdler.

Familienstand des Mitglieds:

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
- seit seit seit seit
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
(in diesem Fall bitte die Angaben unter der Rubrik Ehegatte eintragen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
- Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges _____

Beginn der Familienversicherung _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen (freiwillige Angabe) _____

Meine E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe) _____

Angaben zu Familienangehörigen:

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehegatte/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Familienversicherung soll neu hergestellt werden. Wenn ja, bitte ankreuzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| Name* | | | | |
| *Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder, sofern deren Vorlage nicht möglich ist, durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen. | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers) | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | m x w d | m x w d | m x w d |
| 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 |
| 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) |

Name, Vorname des Mitglieds

Krankenversicherungsnummer

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen:

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|--|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung • endete am: • bestand bei: (Name der Krankenkasse) | | | | |
| Art der bisherigen Versicherung: | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde. | Vorname Nachname | Vorname Nachname | Vorname Nachname | Vorname Nachname |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung) | | / | / | / |

Sonstige Angaben zu 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) Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) | € Art der Einkünfte | € Art der Einkünfte | € Art der Einkünfte | € Art der Einkünfte |
| Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen) | / | vom bis | vom bis | vom bis |
| Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) | / | vom bis | vom bis | vom bis |

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige:

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|---|----------|------|------|------|
| Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.) | | | | |

Die folgenden Angaben werden 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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.