

Familienfragebogen

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Zurück an: **BKK Voralb**
Gebrüder-Heller-Straße 15
72622 Nürtingen

Nachname, Vorname des Mitglieds

KV-Nr.:

Allgemeine Angaben des Mitglieds

→ Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert

versichert bei

Name der Krankenkasse

→ Familienstand:

- ledig verheiratet* getrennt lebend* geschieden verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

* wenn verheiratet oder getrennt lebend:

Mein Ehepartner ist selbst versichert:

ja nein

wenn ja:

privat versichert

gesetzlich versichert bei:

→ 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:

→ Kontaktdaten für mögliche Rückfragen (freiwillige Angaben):

Meine Telefonnummer (tagsüber erreichbar)

Meine E-Mail-Adresse

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 Ihre Kinder familienversichert werden sollen.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige 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

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Vorname				
Nachname*				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds	– entfällt –	<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? (Nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	– entfällt –	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

* fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.

** die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adaption zu verwenden.

Familienfragebogen

Angaben zu letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Die bisherige Versicherung → endete am: → bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /-versicherung)		– entfällt –	– entfällt –	– entfällt –

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. 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)	€	€	€	€
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	– entfällt –	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	– entfällt –	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (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.

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: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Voralb notwendig. Die Angaben zu Kontaktdaten (wie z.B. Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Internetseite www.bkk-voralb.de unter der Rubrik Datenschutz oder erhalten Sie in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.

BKK Voralb

Gebrüder-Heller-Straße 15
72622 Nürtingen
Tel. 07022 93246-39

Telefax 07022 93246-40
E-Mail: beitraege@bkk-voralb.de
www.bkk-voralb.de



BKK Voralb
HELLER * INDEX * LEUZE