

ANTRAG AUF FAMILIENVERSICHERUNG (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname und Name des Mitglieds

Krankenversicherungsnummer

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung

versichert bei (Name der Krankenkasse)

nicht gesetzlich krankenversichert.

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)

Mein Ehegatte ist selbst versichert. nein ja, bei (Name der Krankenkasse)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges:

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefonnummer zu erreichen. (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe)

Mitzuversichernde Familienangehörige

Beginn der Familienversicherung:

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/ihrer 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.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 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 Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (X) <input type="radio"/> (D)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (X) <input type="radio"/> (D)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (X) <input type="radio"/> (D)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (X) <input type="radio"/> (D)
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	-----	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="text"/>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein

Bitte wenden

Vorname und Name des Mitglieds

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am Sie bestand bei (Name der Krankenkasse)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Art der bisherigen Versicherung	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Fam.-Versicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Fam.-Versicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Fam.-Versicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Fam.-Versicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Vorname und Name 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
Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatl. Zahlbetrag)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
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)	..... EUR (Art der Einkünfte)	..... EUR (Art der Einkünfte)	..... EUR (Art der Einkünfte)	..... EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder 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 Krankenversicherturnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die nachfolgenden Angaben werden in jedem Fall benötigt.				
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.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Diakonie meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich bei Rückfragen zur Herstellung der Mitgliedschaft per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

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: (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Website www.bkk-diakonie.de/datenschutz.