



Vorname, Name des Mitglieds _____

KV Nummer: _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung - Bitte beide Seiten ausfüllen

Allgemeine Angaben des Mitglieds

ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft > versichert bei: _____

im Rahmen einer Familienversicherung Name der Krankenkasse _____

nicht gesetzlich krankenversichert

Ihr 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)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Geburt des Kindes Heirat Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter 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 der Ehegatte/Lebenspartner 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 und Angaben zur bisherigen oder bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* 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.				
Vorname				
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (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

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
die bisherige Versicherung endet am: bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
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
Art der bisherigen Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)	Art	Art	Art	Art
Krankenversichertennummer				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)	.....	.....	.....	.....
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
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.	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher 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
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheini- gung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Vollständigkeit und 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.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Nach §§ 198 bis 206 SGB V sind Sie zur Angabe der Daten verpflichtet. Geben Sie die Daten nicht bekannt, drohen Rechtsfolgen (z.B. Schätzung, Zwangsfestsetzung der Beiträge). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-bpw.de/Datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die: BKK BPW Bergische Achsen KG, Postfach 11 44, 51655 Wiehl oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bkk-bpw.de.

Wir benötigen für die Bearbeitung freiwillige Angaben. Sind sind hiermit einverstanden, dass wir diese freiwilligen Daten verarbeiten und verwenden dürfen, um Sie informieren und beraten zu können, auch per E-Mail und Telefon. Ihr Einverständnis kann ohne nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Eine Widerrufserklärung kann gerichtet werden an: BKK BPW Bergische Achsen KG, Postfach 11 44, 51655 Wiehl.