

Name, Vorname:

Geb.:

KV-Nummer:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ich war bisher versichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)
_____ (dortige Versicherungsnummer)
 im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich versichert
- Familienstand: ledig verheiratet seit: _____ getrennt lebend geschieden
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
 Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft der/s Angehörigen
 Sonstiges: _____
- Beginn der Familienversicherung: _____ (TT/MM/JJJJ)
- Bei Rückfragen bin ich unter Tel.: _____ zu erreichen.
Meine Email-Adresse lautet: _____ (freiwillige Angabe!)
Bitte senden Sie mir den kostenlosen Newsletter der BKK ProVita zu: Ja Nein

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. 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 Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
Name*				
*Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn einer Ihrer Angehörigen einen anderen Namen haben als Sie und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben!				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)		<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Angehörigen				
Die bisherige Versicherung				
• endete am:	_____	_____	_____	_____
• bestand bei:	_____	_____	_____	_____
• Versicherungsnummer:	_____	_____	_____	_____

Name, Vorname:, Geb.:', KV-Nummer:

	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
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)			
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Selbständige 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
Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich):	EUR _____	EUR _____	EUR _____	EUR _____
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen!				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich):	EUR _____	EUR _____	EUR _____	EUR _____
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten (monatlich):	EUR _____	EUR _____	EUR _____	EUR _____
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (monatlich):	EUR _____	EUR _____	EUR _____	EUR _____
z. B. Bruttoentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, aus Kapitalvermögen etc.				
Schulbesuch/ Studium voraussichtlich vom bis		_____	_____	_____

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen!

Wehr- oder Zivildienst vom bis		_____	_____	_____
--------------------------------	--	-------	-------	-------

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen!

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer:				
Krankenversicherungsnummer:				

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt:

Geburtsname:				
Geburtsort:				
Geburtsland:				

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 selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift eines Familienangehörigen aus.

Ort, Datum
Familienangehörigen

Unterschrift des Mitglieds

Unterschrift des/der

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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.