

Persönliche Angaben

| |
|--------------------------------|
| Name |
| Vorname |
| Straße/Hausnummer |
| PLZ/Ort |
| Krankenversicherungsnummer |
| Geburtsort |
| Festnetzrufnummer (tagsüber) * |
| Mobilfunknummer * |
| E-Mail-Adresse * |

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab _____

| | |
|---|--|
| Familienstand | |
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen) |
| Mein Ehepartner ist selbst versichert | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei (Name und Sitz der Krankenkasse): _____ | |

Familienangehörige

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde. 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 Ihren letzten aktuellen Einkommenssteuerbescheid selbständiger Tätigkeit sowie Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung bzw. etwaige Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften nicht zu berücksichtigen.

| | Ehepartner | 1. Kind | 2. Kind | 3. Kind |
|--|---|---|---|---|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel | | | | |
| Eigene Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse | vom _____ bis _____ bei _____ |
| Selbständige Tätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung „Mini-Job“ (max. 450 € mtl.) | € _____ | € _____ | € _____ | € _____ |
| Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Abfindungen, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten | _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen. | _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen. | _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen. | _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen. |
| Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen) | | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |
| Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) | | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |

Wichtig! Angaben zur Vergabe der neuen Krankenversicherungsnummer (§ 290 SGB V)

| |
|---------------------------|
| Rentenversicherungsnummer |
| ansonsten: 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 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 des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: 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. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

| | | | |
|-----------|----------------------------|------------------------------|---|
| Ort/Datum | Unterschrift des Mitglieds | Unterschrift des Ehepartners | Unterschrift der Familienangehörigen ab 15 Jahren |
|-----------|----------------------------|------------------------------|---|