

## 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 Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

	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 <b>anderen</b> Krankenkasse	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
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
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](http://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
-----------	----------------------------	------------------------------	---

Vorbereitet für ein Fensterkuvert  
oder einfach faxen an: 05661 7374 - 285

**BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN**  
Zentrale  
Bahnhofstraße 19  
34212 Melsungen