

Bitte zurück an: BKK Beiersdorf AG, Postfach 57 01 37, 22770 Hamburg

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname, Krankenversicherten-Nr.	
Ich war bisher <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	versichert bei (Name und Sitz der Krankenkasse)
	Telefonisch tagsüber erreichbar unter (freiwillige Angabe)
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehegatte" zu machen)	
Meine Ehegatte ist selbst versichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <div style="text-align: right;">Name und Sitz der Krankenkasse</div>	

2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurücksenden. Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel	XXXXXXXXXXXXXX			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<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 <input type="checkbox"/> Ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	€	€	€	€
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung)	€	€	€	€
Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten (Art der Einkünfte) (Art der Einkünfte) (Art der Einkünfte) (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 18 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXXXX	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXXXX	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

3. Angaben zur Vergabe der Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer			
---------------------------	--	--	--

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

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 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 erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.