

|                            |
|----------------------------|
| Vorname Name des Mitglieds |
| KV-Nummer:                 |

## FRAGEBOGEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ▶ Beginn der Familienversicherung: \_\_\_\_\_
- ▶ Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
 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 des Angehörigen  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ▶ 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 Ehe-/Lebenspartner** auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den **allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung** des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser 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.

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

|   | Ehe-/Lebenspartner   | Kind   | Kind   | Kind   |
|---|--|--|--|--|
| <b>Name*</b>  |  |  |  |  |
| * Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen. |  |  |  |  |
| <b>Vorname</b>  |  |  |  |  |
| Geschlecht<br><small>(m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)</small>   | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)                                   | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)                                   | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)                                   |
| Geburtsdatum  |  |  |  |  |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift   |  |  |  |  |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind<br><small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>   | _____  | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?<br><small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>   | _____  | <input type="checkbox"/> (nein)  | <input type="checkbox"/> (nein)  | <input type="checkbox"/> (nein)  |
| Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren<br><small>(Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</small>  | _____  | <input type="checkbox"/> (ja)  | <input type="checkbox"/> (ja)  | <input type="checkbox"/> (ja)  |
| Freiwilliger Wehdienst<br><small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>   | _____  | <input type="checkbox"/> (ja)  | <input type="checkbox"/> (ja)  | <input type="checkbox"/> (ja)  |

|                            |
|----------------------------|
| Vorname Name des Mitglieds |
| KV-Nummer:                 |

### Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

|   | Ehegatte/<br>Lebenspartner   | Kind   | Kind   | Kind   |
|---|--|--|--|--|
| Die bisherige Versicherung<br>o endete am:<br>o bestand bei: (Name der Krankenkasse)  | am _____<br>bei _____  | am _____<br>bei _____  | am _____<br>bei _____  | am _____<br>bei _____  |
| Art der bisherigen Versicherung:  | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienvers.<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienvers.<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienvers.<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienvers.<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Nachname)  | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Nachname)  | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Nachname)  | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Nachname)  |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:<br>(Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)  |  | _____  | _____  | _____  |

### Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

|  | Ehegatte/<br>Lebenspartner             | Kind                                   | Kind                                   | Kind                                   |
|--|--|--|--|--|
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor<br>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit<br>(monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen   | <input type="checkbox"/> Ja<br>_____ € | <input type="checkbox"/> Ja<br>_____ € | <input type="checkbox"/> Ja<br>_____ € | <input type="checkbox"/> Ja<br>_____ € |
| Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor   | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Ja            |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)  | _____ €                                | _____ €                                | _____ €                                | _____ €                                |
| Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts<br>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen),<br>Sonstige Einkünfte<br>(z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) | _____ €<br>(Art der Einkünfte)         | _____ €<br>(Art der Einkünfte)         | _____ €<br>(Art der Einkünfte)         | _____ €<br>(Art der Einkünfte)         |

### Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

|   | Ehegatte/<br>Lebenspartner | Kind | Kind | Kind |
|---|----------------------------|------|------|------|
| Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)  |                            |      |      |      |
| 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 (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.**

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 (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679):** 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.

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Weitere datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.bkk-da.de](http://www.bkk-da.de) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter [datschutz@bkk-da.de](mailto:datschutz@bkk-da.de) oder per Post **BKK\_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.**