

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab dem _____



1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	

➤ Ich bin/war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung

nicht gesetzlich krankenversichert

versichert bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet

➤ Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja, bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen.

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 zurückreichen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll). Ist der/die mit den Kindern verwandte Ehegatte/-in privat versichert, bitten wir um Vorlage eines Einkommensnachweises über die Höhe des Bruttojahreseinkommens. Angaben zum Einkommen des/der Ehegatten/-in sind nicht erforderlich, wenn dieser/e Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehegatte	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter
Name (bei abweichenden Namen zum Mitglied bitte Nachweis beifügen)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geburtsname				
Aktuelle Staatsangehörigkeit				
Rentenversicherungsnummer				
gegebenenfalls abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel				
Erwerbstätigkeit 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
Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	EUR	EUR	EUR	EUR
Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonst. Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Zinsen aus Kapitalvermögen				
Schulbesuch / Studium voraussichtlich bis: (bitte bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr eine Schulbescheinigung beifügen)	-----			
Wehr- oder Zivildienst (von – bis)	-----			
Name der Krankenkasse , bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Über Änderungen werde ich Sie umgehend unaufgefordert informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert oder diese Versicherte einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5, 10, 284 SGB V, §§ 20 und 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage (<https://www.bkk-textilgruppe-hof.de/datenschutz.html>)