

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

Fax: **07351 1824-813**
E-Mail: **familienversicherung@bkkvp.de**
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2 234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Hauptversicherte/r

Name	Vorname	Krankenversicherthenummer
------	---------	---------------------------

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Familienstand
 ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____
 getrennt lebend eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz verwitwet

Angaben zum Ehepartner / zur Ehepartnerin	Name	Name der aktuellen Krankenkasse/ Privatversicherung
	Vorname	dort versichert seit:
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert <input type="checkbox"/> gesetzlich Mitglied <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Angaben zum Ehepartner / zur Ehepartnerin, wenn dieser / diese nicht gesetzlich versichert ist		
Die Einkünfte liegen brutto mindestens bei 62.550 Euro jährlich (bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Übersteigen die Einnahmen Ihres Ehepartners/ Ihrer Ehepartnerin Ihre Einnahmen? (bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Folgende Familienangehörige sollen beitragsfrei mitversichert werden

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Nachname (bei abweichendem Namen bitte Geburts- oder Heiratsurkunde beilegen)				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsdatum				
Beginn der Familienversicherung				
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Ende der Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Heirat (bitte Heiratsurkunde beilegen) <input type="checkbox"/> Ende der Selbstständigkeit (Gewerbeabmeldung beilegen) <input type="checkbox"/> Geburt (bitte Geburtsbescheinigung beilegen) <input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland (bitte Anmeldung vom Einwohnermeldeamt in Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:			
Letzte Krankenkasse				
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> gesetzl. Mitglied <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> gesetzl. Mitglied <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> gesetzl. Mitglied <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> gesetzl. Mitglied <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Bisherige Versicherung endete zum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Hauptversicherten / der Hauptversicherten zum Kind		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehepartner / die Ehepartnerin mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu den Einnahmen

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Liegt eine selbstständige Tätigkeit 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
Monatlicher Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit (bitte letzten aktuellen Steuerbescheid beifügen)				
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung				
Monatlicher Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten				
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung)				
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)				
Schulbesuch / Studium (bitte ab Vollendung des 23. Lebensjahrs eine Bescheinigung beifügen)	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Bescheinigung beifügen)	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer				
Krankenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn nach keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Wichtige Informationen: Die Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihr/Ihre Kind/Kinder durchgeführt werden soll/sollen. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartner/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit dem/den Kind/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. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist. Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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. Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen der Angehörigen verändert oder einer der o. g. Angehörigen selbst Mitglied einer Krankenkasse wird oder in die private Versicherung wechselt. Mit der Unterschrift bestätige ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten. Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)

E-Mail	Telefonnummer privat	Telefonnummer geschäftlich
	/	/

Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

Ort/Datum	Unterschrift Mitglied	ggf. Unterschrift Angehörige
	X	X