Familienversicherung

BKK VerbundPlus

BKK VerbundPlus
Bismarckring 64
88400 Biberach

Fax: **07351 1824-33**
E-Mail: **familienversicherung@bkkvp.de**

Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2 234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte beachten: **Vorder- und Rückseite** leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Hauptversicherte/r

Name	Vorname	Krankenversichertennummer

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	
	Geburtsdatum	dort versichert seit
	Angaben zum Ehepartner / zur Ehepartnerin, wenn dieser / diese nicht gesetzlich versichert ist	
	Die Einkünfte liegen brutto mindestens bei 56.250,00 Euro jährlich (bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei) ☐ ja ☐ nein	
	Übersteigen die Einnahmen Ihres Ehepartners / Ihrer Ehepartnerin Ihre Einnahmen? (bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei) ☐ ja ☐ nein	

Folgende Familienangehörige sollen beitragsfrei mitversichert werden

	Ehepartner/in	**Kind**	**Kind**	**Kind**
Nachname (bei abweichendem Namen bitte Geburts- oder Heiratsurkunde beilegen)				
Vorname				
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbestimmt	☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbestimmt	☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbestimmt	☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbestimmt
Geburtsdatum				
Beginn der Familienversicherung				
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	☐ Ende der Mitgliedschaft ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Heirat (bitte Heiratsurkunde beilegen) ☐ Ende der Selbständigkeit (Gewerbeabmeldung beilegen) ☐ Geburt (bitte Geburtsbescheinigung beilegen) ☐ Zuzug aus dem Ausland (bitte Anmeldung vom Einwohnermeldeamt in Kopie beilegen) ☐ Sonstige Gründe:			
Letzte Krankenkasse				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Hauptversicherten / der Hauptversicherten zum Kind		☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Ist der Ehepartner / die Ehepartnerin mit dem Kind verwandt?		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Angaben zu den Einnahmen

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ 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)				
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 / Sozialversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn **noch keine** Sozialversicherungsnummer bzw. 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
Mit der Speicherung meiner Daten durch die BKK VerbundPlus zu diesem Zweck bin ich einverstanden. Diesen Service kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.		

Ort/Datum	Unterschrift Mitglied	ggf. Unterschrift Angehörige
	X	X

Antrag Fami 06.17