

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ich war bisher
- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung  
 nicht gesetzlich krankenversichert
- versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse
- Familienstand:  ledig     verheiratet     getrennt lebend     geschieden     verwitwet  
 Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit \_\_\_\_\_ (Bitte machen Sie die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“.)
- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:  
 Beginn meiner Mitgliedschaft     Geburt des Kindes     Heirat  
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen     Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Beginn der Familienversicherung: \_\_\_\_\_
- Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- Meine E-Mail-Adresse lautet \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe).
- Das Informationsblatt habe ich erhalten:  ja     nein

### 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 Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den 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.**

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	---	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	---	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

## Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

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

## Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	.....EUR	.....EUR	.....EUR	.....EUR
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	---	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	---	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene 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 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 (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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage [www.bkkgs.de/datenschutz](http://www.bkkgs.de/datenschutz).

# Informationsblatt zur Familienversicherung

Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen einen kleinen Überblick geben, welche Angaben und Unterlagen wir in den einzelnen Fällen von Ihnen benötigen.

## Bei Ehegatte/gleichgeschlechtlichen Lebenspartner (lt. Lebenspartnerschaftsgesetz):

- bei **abweichenden Nachnamen**: Heiratsurkunde in Kopie
- **Unterschrift** ist vom Mitglied notwendig
- bestand bisher eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse, bitte eine Bestätigung über das Ende der Mitgliedschaft beilegen

## Bei Kindern:

- bei **abweichenden Nachnamen** oder **Neugeborenen**: Kopie der Geburtsurkunde, soweit hierdurch nachgewiesen wird, dass das Mitglied ein Elternteil des Familienversicherten ist, ansonsten eine Kopie der Vaterschaftsanerkennung, des Pflegschaftsnachweises oder der Adoptionsurkunde
- **Stiefkinder**: Unterhaltsnachweis des Kindsvaters bzw. der Kindsmutter, Einkommensnachweis aller im Haushalt lebenden Personen
- ein **Elternteil ist privat krankenversichert**: aktueller Einkommensteuerbescheid bzw. Verdienstbescheinigungen, in denen auch Einmalzahlungen, wie z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld, aufgeführt sind
- ab dem **23. Lebensjahr**: Schul- bzw. Studienbescheinigung
- **behinderte Kinder**: Kopie des Schwerbehindertenausweises
- **Wehr- bzw. Zivildienst**: Kopie der Wehr-/Zivildienstbescheinigung
- **Unterschrift** ist vom Mitglied notwendig
- bestand bisher eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse, bitte eine Bestätigung über das Ende der Mitgliedschaft beilegen

## Meldepflichtige Tatbestände bei Durchführung einer Familienversicherung

Die Durchführung der Familienversicherung ist an die Bestimmungen des § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gebunden. Die Familienversicherung beginnt mit dem Tag, an dem die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Versicherung der Familienangehörigen endet mit dem Wegfall der gesetzlichen Voraussetzungen, d. h. ggf. auch rückwirkend.

Damit Ihnen keine Nachteile entstehen, ist es wichtig, dass Sie uns alle im Folgenden aufgelisteten Änderungen von Ihnen und Ihren Familienangehörigen sofort mitteilen. Wichtig dabei sind auch Änderungen, die Ihren Ehepartner betreffen, selbst wenn dieser nicht gesetzlich versichert ist oder Sie von ihm getrennt leben:

- Arbeitsaufnahme, einschließlich geringfügiger Beschäftigungen, Praktikum oder Beschäftigungen im Ausland
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (Gewerbe oder freiberufliche Tätigkeit)
- Bezug von Abfindungen
- Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen), Vermietung oder Verpachtung
- Rentenbezüge wie z. B. gesetzliche Renten, private Renten, ausländische Renten
- Bezug von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz, wie z. B. Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld
- Veränderung des Wohnorts familienversicherter Angehöriger, z. B. zum Studium, Praktikum, Au-pair-Tätigkeit
- Abbruch des Studiums oder der Ausbildung
- Beginn und Ende des Wehr- oder Zivildienstes bzw. Bundesfreiwilligendienstes, eines freiwilligen sozialen bzw. ökologischen Jahres
- Wechsel aus der gesetzlichen in eine private Krankenversicherung
- Änderung des Familienstandes (Hochzeit, Ehescheidung)
- Tod eines familienversicherten Angehörigen
- Haft oder Untersuchungshaft von familienversicherten Angehörigen
- Verlagerung des Lebensmittelpunktes ins Ausland

**Alle meldepflichtigen Tatbestände sind durch entsprechende Unterlagen, z. B. Einkommensteuerbescheide (bei Selbstständigen), Gehaltsabrechnungen (bei Angestellten), Bezügemitteilungen (bei Beamten) o. ä. nachzuweisen.**

## Wichtiger Hinweis:

Wechselt ein Ehegatte in die private Krankenversicherung, wenden Sie sich bitte an uns, damit die Anspruchs voraussetzungen für die Familienversicherung Ihrer Kinder geprüft werden können.