

## ANGABEN ZUR FESTSTELLUNG DER FAMILIENVERSICHERUNG

Beginn der Familienversicherung

### 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

**Vorname, Name:**

**Ich war bisher**

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft/Familienversicherung versichert bei  
 nicht gesetzlich krankenversichert

**KV-Nr.:**

Name der Krankenkasse

→

**Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:**

- Beginn meiner Mitgliedschaft     Geburt des Kindes  
 Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen

Heirat (bitte Datum eintragen)

Sonstiges

**Familienstand**

**A**  ledig     getrennt lebend     verheiratet     eingetragene Lebenspartnerschaft seit (Angaben bitte unter der Rubrik „Ehegatte“)

**B**  rechtskräftig geschieden seit

verwitwet seit

**Versicherung des Ehegatten**

**C** Mein Ehegatte ist selbst versichert und zwar

gesetzlich bei

nicht gesetzlich bei

Familienversichert bei der BKK24

**Ihre Kontaktdaten**

**D** E-Mail

Telefonnummer  
(tagsüber erreichb.)

### 2. Angaben zu den 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 und Ihr Ehegatte/ Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/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.

**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.**

		Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>E</b>	Krankenversicherten-Nr.				
<b>F</b>	Name				
<b>G</b>	Vorname				
<b>H</b>	Geburtsdatum				
<b>I</b>	Geschlecht m = männlich, w = weiblich d = divers, x = unbestimmt	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x
<b>J</b>	Vom Mitglied abweichende Anschrift	Straße _____ PLZ _____ Ort _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____
<b>K</b>	Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	XXXXXXXXXXXX	<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
<b>L</b>	Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Vorname, Name:

KV-Nr.:

		Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>M</b>	Schulbesuch/Studium	XXXXXXXXXXXX	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ
<b>N</b>	Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXX	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ
<b>Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen</b>					
<b>O</b>	Geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ
<b>P</b>	Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ	brutto: _____,00 € seit MMJJJJ
<b>Q</b>	Bürgergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<b>R</b>	Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja Gewinn: _____,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> ja Gewinn: _____,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> ja Gewinn: _____,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> ja Gewinn: _____,00 € seit MMJJJJ
<b>S</b>	Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Art _____ brutto monatlich: _____,00 € seit MMJJJJ	Art _____ brutto monatlich: _____,00 € seit MMJJJJ	Art _____ brutto monatlich: _____,00 € seit MMJJJJ	Art _____ brutto monatlich: _____,00 € seit MMJJJJ
<b>Krankenversicherung</b>					
<b>T</b>	Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Die bisherige Versicherung endet am: und bestand bei:	_____ MMJJJJ _____	_____ MMJJJJ _____	_____ MMJJJJ _____	_____ MMJJJJ _____
<b>U</b>	Art der bisherigen Versicherung * Vor- und Nachname der Person, über dessen Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____
<b>V</b>	Rentenversicherung-Nr.				
<b>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>					
	Geburtsname				
	Geburtsort/Geburtsland				
	Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit, Aufnahme einer Beschäftigung) oder einer dieser Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

TTMMJJJJ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679):

Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach § 5 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Versicherungsverhältnisse (§ 5 Abs. 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.