

# Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

KV-Nr: \_\_\_\_\_

## 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher  
 im Rahmen der eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung  
 versichert bei: Krankenkasse und Sitz  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand  
 ledig  verheiratet  
 getrennt lebend  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft  
 nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Mein Ehegatte ist selbst versichert  
 Nein  Ja, bei  
 Name und Sitz der Krankenkasse  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2. Familienangehörige ab \_\_\_\_\_

Die nachstehende Tabelle füllen Sie bitte nur aus, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurücksenden. Angaben für Ihren Ehegatten machen Sie bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll;

dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

Angaben zur Person	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____	_____	_____	_____
<b>Eigene Versicherung bei anderer Krankenkasse</b>				
Zeitraum von / bis	_____	_____	_____	_____
Name der Krankenkasse	_____	_____	_____	_____
<b>Selbstständige Tätigkeit</b>				
liegt vor (Nachweis)	<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
<b>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung</b>				
Angaben in €	_____	_____	_____	_____
<b>Regelmäßige Einkünfte</b> im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten				
Angaben in €	_____	_____	_____	_____
Art der Einkünfte	_____	_____	_____	_____
<b>Ausbildungszeiten</b> Schulbesuch/Studium* Wehr- oder Zivildienst**	*bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen, ** bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen			
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<b>Bisherige Krankenkasse</b>				
Name	_____	_____	_____	_____

## 3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

Rentenversicherungs-Nr.	_____	_____	_____	_____
<b>Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>				
Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort / Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Sozialgesetzbuch (SGB XI): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Interne Erledigungsvermerke der BKK HMR

MBF	KV-Karte	Melde Vf-FV
_____	_____	_____

Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes	Unterschrift der Familienangehörigen ab dem 15. Lebensjahr / des Ehegatten
_____	_____	_____
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.		Bei getrennt lebenden Ehegatten reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.