

# Fragebogen zur Familienversicherung



Abs.: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Mitglieds der BKK der Deutschen Bank

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer (auf der Krankenversichertenkarte)

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_  verwitwet

Die Familienversicherung bei der BKK soll für meine folgenden Angehörigen durchgeführt werden:

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Name</b>				
<b>Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Geburtsort</b>				
<b>Renten- Sozialversicherungsnummer</b> (wenn nicht vorhanden, Staatsangehörigkeit angeben)				
<b>ggf. abweichende Anschrift</b>				
<b>Verwandschaftsverhältnis zum Mitglied</b> (z.B. Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel)				
<b>Monatliches Bruttoeinkommen</b>				
<input type="checkbox"/> Arbeitsentgelt (Mini-Job)	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Renten, Versorgungsbezüge	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Miete, Pacht	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Eink. aus Kapitalvermögen	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Abfindungen	EUR	EUR	EUR	EUR
<b>Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis</b> (bei Kindern ab dem 23. Lj. Schul-/ Studienbesch. beifügen)				
<b>Kurze Schilderung des Sachverhaltes</b> (z.B. Arbeitslosengeldbezug, ALG II bis..., Beschäftigung bis...)				
<b>Wehr- oder Zivildienst</b> (Bitte Nachweis beifügen)				
<b>Bisherige Krankenkasse</b> (Name und Anschrift):				
bisher familienversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bisher eigene Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bisher nicht gesetzlich (= privat) krankenversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beginn der Familienversicherung</b>				

## Zusätzliche notwendige Angaben, wenn die Familienversicherung für Kinder durchgeführt werden soll:

Mein Ehepartner ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:

- ja, welche Krankenkasse ? \_\_\_\_\_ (Ausfüllen der Spalte „Ehegatte“ nicht erforderlich)  
 nein (z.B. privat versichert), dann bitte Spalte „Ehegatte“ unbedingt ausfüllen und Einkommensnachweis/Steuerbescheid beifügen!

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o. a. Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort / Datum	Unterschrift des Mitglieds
Tagsüber bin ich zu erreichen unter Telefon-Nummer:	_____
Mit der Angabe dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden.	Unterschrift des Ehegatten
Mit der Angabe dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden.	Unterschrift der Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben
<p><i>Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): 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) zu erheben. Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.</i></p>	

