

FAMILIENVERSICHERUNG DER BKK DR. OETKER

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes – die Erklärungen zu den Zahlen in Klammern entnehmen Sie bitte der Ausfüllhilfe.

Name, Vorname	Krankenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum
Ich bin / war <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	Name der Krankenkasse / -versicherung
	Telefon, tagsüber erreichbar

2. Familienstand des Mitgliedes

ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend geschieden seit: _____

eingetragene Lebenspartnerschaft nach LpartG (Eintragung bitte in der Spalte „Ehepartner“)

Mein Ehepartner ist selbst versichert nein ja, bei (1) _____

Es soll/en mitversichert werden mein Ehepartner mein/e Kind/er ab dem: _____ Datum

3. Familienangehörige (2)

	Ehepartner (3)	Kind (4)	Kind (4)	Kind (4)
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (5)				
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse (1)	von: _____ bis : _____ welche: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	von: _____ bis : _____ welche: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	von: _____ bis : _____ welche: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	von: _____ bis : _____ welche: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich
Arbeitsverhältnis	<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
Geringfügige Beschäftigung	<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
Selbstständige Tätigkeit	<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
Erwerbslos	<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
Monatliches Bruttoeinkommen (6)	€	€	€	€
Art der Einkünfte (7)				
Schulbesuch/ Studium (8)		von: _____ bis : _____	von: _____ bis : _____	von: _____ bis : _____
Wehr- oder Zivildienst (9)		von: _____ bis : _____	von: _____ bis : _____	von: _____ bis : _____
Name der Krankenkasse, die die Familienversicherung bisher durchgeführt hat				
Rentenversicherungsnummer				
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 oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum	Ort
_____ Unterschrift des Mitgliedes	_____ ggf. Unterschrift des Familienangehörigen
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.	

Datenschutzhinweis:

§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (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, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

■ AUSFÜLLHILFE

Ausfüllhilfe zum Bogen „Familienversicherung der BKK Dr. Oetker“

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei!

1. Wenn eine private Krankenversicherung vorliegt, bitte Kopie des Steuerbescheides und gegebenenfalls Bezügemitteilung beifügen.
2. Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehepartner auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehepartner mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen Ihres Ehepartners sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.
3. Bei abweichendem Familiennamen bitte Kopie der Heiratsurkunde beifügen.
4. Bei abweichendem Familiennamen bitte Kopie der Geburtsurkunde oder gegebenenfalls Vaterschaftsanerkennung beifügen.
5. Zum Beispiel Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel.
6. Bitte nur das Einkommen der Angehörigen angeben.
7. Zum Beispiel Arbeitsentgelt, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonstige Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen. Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen.
8. Bitte bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen.
9. Bitte Bescheinigung in Kopie beifügen.

