

BKK24
Familienversicherung
Postfach 120106
31680 Obernkirchen



Familienangehörige kostenlos mitversichern

Antrag auf Feststellung der Familienversicherung bei Ihrer BKK24

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab: _____

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds:

Name: _____ Vorname: _____ PLZ: _____

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- A Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

Familienstand:

- B ledig verheiratet getrennt lebend eingetragene Lebenspartnerschaft (Angaben bitte unter der Rubrik "Ehegatte")
 rechtskräftig geschieden seit _____ verwitwet seit _____

Versicherung des Ehegatten:

- C Mein Ehegatte ist selbst versichert und zwar gesetzlich bei _____ nicht gesetzlich bei _____
D Familienversichert bei der BKK24

Kontakt:

- E Ich bin tagsüber zu erreichen unter der Telefonnummer: _____ eMail Adresse: _____

2. Familienangehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
F Krankenversicherten-Nr.				
G Name				
H Vorname				
I Geburtsdatum				
J Geschlecht (m=männl., w=weibl.)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
K Vom Mitglied abweichende Anschrift				
L Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ in: _____
Angaben zum Kind				
M Leibliches Kind des Mitgliedes?	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern: _____
N Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
O Schulbesuch/Studium	XXXXXXXXXXXX	von-bis _____	von-bis _____	von-bis _____
P Wehr- oder Zivildienst	XXXXXXXXXXXX	von-bis _____	von-bis _____	von-bis _____

Seite 2 zum Antrag auf Feststellung der Familienversicherung

Name: _____ Vorname: _____ PLZ: _____

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
--	----------	------	------	------

Berufliche Situation					
Q	Erwerbslosigkeit (ohne Einkommen) ALG II-Bezug?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
R	Geringfügige Beschäftigung (bis zu 400,00 €)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, brutto			
		von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____
S	Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, brutto			
		von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____
T	Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, brutto			
		von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____
Sonstige Einkünfte					
U	Sonstige regelmäßige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, brutto			
		von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____	von-bis _____ von-bis _____
		Art _____	Art _____	Art _____	Art _____
Krankenversicherung					
V	Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei:	_____	_____	_____	_____
W	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
X	Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft diese abgeleitet wurde	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
		Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____
Angaben zur Vergabe der Krankenversichertennummer					
Y	Rentenversicherungs-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 künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert 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 kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden. Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

Datum, Ort

Unterschrift des Mitgliedes

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis (§ 67a 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. Die Angaben zur Telefonnummer bzw. eMail-Adresse sind freiwillig.