

## ANTRAG AUF FAMILIENVERSICHERUNG (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname und Name des Mitglieds

Krankenversicherungsnummer

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

Beginn der Familienversicherung:

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen  Sonstiges:

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefonnummer zu erreichen. (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe)

### Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir **einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner:in auch dann**, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner:in mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die **Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartner:in** und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem/Ihrem 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.

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
-----------------------	------	------	------

Name \*

\* Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder - sofern deren Vorlage nicht möglich ist - durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.

Vorname

Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)  (m)  (w)  (x)  (d)  (m)  (w)  (x)  (d)  (m)  (w)  (x)  (d)  (m)  (w)  (x)  (d)

Geburtsdatum

Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift

Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind  
(\* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)

-----

leibliches Kind\*  
 Stiefkind  
 Enkel  
 Pflegekind

leibliches Kind\*  
 Stiefkind  
 Enkel  
 Pflegekind

leibliches Kind\*  
 Stiefkind  
 Enkel  
 Pflegekind

Ist der Ehe-/Lebenspartner:in mit dem Kind verwandt?  
(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)

-----

nein

nein

nein

Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren  
(Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)

-----

ja

ja

ja

Freiwilliger Wehrdienst  
(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)

-----

ja

ja

ja

Bitte wenden

Vorname und Name des Mitglieds

**Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen**

	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung	am ..... bei ..... .....	am ..... bei ..... .....	am ..... bei ..... .....	am ..... bei ..... .....
• endete am:				
• bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienvers. <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienvers. <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienvers. <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienvers. <input type="radio"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) ..... (Nachname)	(Vorname) ..... (Nachname)	(Vorname) ..... (Nachname)	(Vorname) ..... (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)		-----	-----	-----

**Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen**

	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatl. Zahlbetrag)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
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)	..... EUR (Art der Einkünfte)			

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige**

	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
Rentenversichertennummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversichertennummer 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 (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Diakonie meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich bei Rückfragen zur Herstellung der Mitgliedschaft per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der  
Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten  
erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift  
des Familienangehörigen aus.

**Datenschutzhinweis:** (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Website [www.bkk-diakonie.de/datenschutz](http://www.bkk-diakonie.de/datenschutz).