

Beitragsfreie Familienversicherung für meine/n Angehörigen ab _____

Mitglied: _____ geb. _____ KV-Nr. _____

Familienstand

verheiratet ledig getrennt lebend geschieden verwitwet eingetr. Lebenspartnerschaft

1. Angaben zum Ehepartner/eingetr. Lebenspartner (bitte immer angeben!)

<p>Vorname _____</p> <p>Familienname (falls abweichend, bitte Kopie Eheurkunde beilegen) _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>abweichende Anschrift _____</p> <p>Selbständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja</p> <p>monatliches Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung _____</p> <p>sonstige Einkünfte *1) _____</p>	<p>Mein Ehepartner hat eine Leistung beim Arbeitsamt beantragt bzw. wird beantragen (z.B. Arbeitslosengeld)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> war bisher selbst versichert bis _____ bei _____ (Name der Krankenkasse)</p> <p><input type="checkbox"/> ist weiterhin selbst versichert bei _____ (Name der Krankenkasse)</p> <p>Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, falls der Ehepartner / eingetr. Lebenspartner erstmalig bei der BMW BKK versichert werden soll:</p> <p>Rentenversicherungsnummer _____</p> <p>Geburtsname _____</p> <p>Geburtsort und Geburtsland _____</p> <p>Staatsangehörigkeit _____</p>
---	---

2. Angaben zu Ihren Kindern	Kind	Kind	Kind
Vorname			
Familienname (falls abweichend, bitte Kopie Geburtsurkunde beilegen)			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsort und Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			
abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis <small>(* Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel
Mein Ehepartner ist mit folgenden Kindern nicht verwandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung monatlich brutto			
sonstige Einkünfte *1)			
Schulbesuch bzw. Studium voraussichtlich bis (ab 23. LJ: Bitte Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beilegen)			
Ist Ihr Kind erwerbslos? seit wann?			
Wehrdienst oder gesetzl. Freiwilligendienst (Nachweis beifügen)			
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Versicherung durchgeführt wurde			
Meine Kinder waren bisher versichert bei:	Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/>		

*1) z.B. Gewinn aus selbständiger Tätigkeit, Abfindung, Renten, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Unterhaltszahlungen, etc.

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

Datum und Unterschrift des Mitgliedes

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Telefon-Nr.

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: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen 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. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und 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 Homepage www.bmwbbk.de/datenschutz.