

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung bei der SIEMAG BKK

► Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name, Vorname des Mitgliedes, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Ich war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei
 nicht gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse

Ihr Familienstand ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend
 verwitwet geschieden seit _____
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) seit _____
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Heirat Sonstiges

Beginn der Familienversicherung _____

Freiwillige Angaben Bei Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar unter Telefon-Nr. _____ Meine E-Mail-Adresse lautet: _____

► Angaben zu den Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

► Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Nachname*				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbestimmt <input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbestimmt <input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbestimmt <input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbestimmt <input type="radio"/> divers
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift hier eintragen				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.	/	<input type="radio"/> leibliches Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen..</i>		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein

►► Fortsetzung und Unterschrift auf der Rückseite

► **Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung bestand bei (Name der Krankenkasse):				
und endete am (Datum):				
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich versichert
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse):		/	/	/

► **Sonstige Angaben zu Familienangehörigen**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
Gewinn aus selbständiger Tätigkeit Bitte fügen Sie eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	..... Art der Einkünfte	..... Art der Einkünfte	..... Art der Einkünfte	..... Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis

► **Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
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 (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes

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

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Angehörigen.

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 der Familienversicherung zu erheben. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG und § 25 SGB XI. Die Angaben zu den Kontaktdaten 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 auf unserer Homepage www.siemagbkk.de.