

Angaben des Mitglieds

Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer *		E-Mail *
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft**		

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung ab __/__/____

<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt des Kindes (Bitte Geburtsurkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Heirat (Bitte Heiratsurkunde beifügen)
<input type="checkbox"/> Studium (Bitte Studienbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen (eigenen) Mitgliedschaft des/der Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland (Bitte Aufenthaltsbescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Angaben zum Ehepartner

(Die Angaben sind auch dann erforderlich, falls nur Kinder bei uns versichert werden sollen.)

Mein Ehepartner ist mit den Kindern verwandt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (weitere Angaben sind nicht erforderlich)		
Mein Ehepartner ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> ja (Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift der Krankenkasse an) _____		
<input type="checkbox"/> nein (Bitte folgende Angaben zum Einkommen vornehmen)		
Mein Ehepartner hat Einnahmen	Die jährlichen Einnahmen liegen über 66.600,00 € (brutto)?	Übersteigen die Einnahmen Ihres Ehepartners die Ihren?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte weitere Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Einkommensnachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Einkommensnachweise beifügen)

Angaben zu Familienangehörigen

(Bitte nur zu versichernde Personen angeben.)

	Ehe-/ Lebenspartner/-in	Kind 1	Kind 2
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geburtsname			
Ggf. abweichende Anschrift			
Staatsangehörigkeit			
Rentenversicherungsnummer***			
Bisherige Krankenkasse			
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> sonstiges (Art / Höhe) ****	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> sonstiges (Art / Höhe) ****	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> sonstiges (Art / Höhe) ****
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/ Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/ Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Schulbesuch / Studium von / bis*****	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wehr-/ Zivil-/ Bundesfreiwilligen-dienst von / bis	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

bitte wenden und unterschreiben (weitere Kinder, den Datenschutzhinweis und die * finden Sie auf der Rückseite)

Angaben zu Familienangehörigen

	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geburtsname			
Ggf. abweichende Anschrift			
Staatsangehörigkeit			
Rentenversicherungsnummer***			
Bisherige Krankenkasse			
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> sonstiges (Art / Höhe) ****	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> sonstiges (Art / Höhe) ****	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> sonstiges (Art / Höhe) ****
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/ Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/ Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/ Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Schulbesuch / Studium von / bis****	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wehr-/ Zivil-/ Bundesfreiwilligen- dienst von / bis	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

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 diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

unterschrift

Datum, Ort	Unterschrift X
------------	-----------------------

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: 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. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis und Leistungsanfragen verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.merck-bkk.de/datenschutz.

* Die Angaben sind freiwillig.

** Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

*** Falls diese nicht bekannt ist bitte Geburtsort und Geburtsname angeben.

**** Bitte Nachweis bzw. Kopie des letzten Steuerbescheides beifügen.

***** Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul-/ Studienbescheinigung, bei Wehr- oder Zivildienst bitte Dienstbescheinigung beifügen.