

zurück an:

Merck BKK
Frankfurter Str. 130
64293 Darmstadt

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung ab _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname

KV-Nr. / Geburtsdatum

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

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Warum soll die Familienversicherung durchgeführt werden?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Bezug von Arbeitslosengeld II
(Bitte Bewilligungsbescheid beifügen) |
| <input type="checkbox"/> Studium (Bitte Studienbescheinigung beifügen) | <input type="checkbox"/> Ende der Selbständigkeit
(Bitte Gewerbeabmeldung beifügen) |
| <input type="checkbox"/> Ende der eigenen Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland
(Bitte Aufenthaltsbescheinigung beifügen) |
| <input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse | |

Sonstige Gründe: _____

Angaben zum Ehegatten

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

Mein Ehepartner ist mit den Kindern verwandt: ja nein (weitere Angaben sind **nicht** erforderlich)

Mein Ehepartner ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse

ja _____
(Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift der Krankenkasse an)

nein (**Bitte folgende Angaben zum Einkommen vornehmen**)

Mein Ehepartner hat Einnahmen nein

ja (Bitte weitere Fragen beantworten)

Die jährlichen Einnahmen liegen über 60.750,00 € (brutto)? ja nein (Bitte **Einkommensnachweise** beifügen)

Übersteigen die Einnahmen Ihres Ehepartners Ihre Einnahmen? ja nein (Bitte **Einkommensnachweise** beifügen)

Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis und Leistungsanfragen verwendet und können jederzeit widerrufen werden.

Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei abweichendem Namen bitte Geburts- oder Heiratsurkunde beifügen!				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) / <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) / <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) / <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) / <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
gegebenenfalls abweichende Anschrift				
Die bisherige Versicherung endete am				
Name der Krankenkasse				
Art der 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
Erhalten Sie Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie hauptberuflich selbständig tätig? (Bitte Kopie des letzten Steuerbescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erzielen Sie regelmäßige Einkünfte? z. B. Bruttoarbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Unterhalt, Renten, Versorgungsbezüge u.a. (Bitte Kopie des letzten Steuerbescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag:
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 (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> Schule/Studium vom..... bis <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Schule/Studium vom..... bis <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Schule/Studium vom..... bis <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
Wehr-, Zivil- oder Bundesfreiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom..... bis	vom..... bis	vom..... bis
Angaben zur Vergabe einer Sozialversicherungsnummer				
Sozialversicherungsnummer				
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 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: 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.