

FAMILIENFRAGEBOGEN

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

Familienfragebogen bitte zurück an:

SECURVITA BKK
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

oder per Fax an:
040 / 3347-9000

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name	Vorname	KVNR
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)	
Mein(e) Ehepartner(in) ist selbst versichert	☐ ja Name und Sitz der Krankenkasse: _____ ☐ nein	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat ☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____	
Beginn der Familienversicherung	_____ (bitte ein Datum angeben!)	
Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr.	_____ zu erreichen (freiwillige Angabe).	
Meine E-Mail-Adresse lautet	_____ (freiwillige Angabe).	

Angaben zu Familienangehörigen

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 Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)
Geburtsdatum				
Gegebenenfalls 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 Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	☐ (nein)	☐ (nein)	☐ (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ 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)				

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher 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)	_____ EUR (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
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 selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre 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 Familienangehörigen aus.