

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

PERSÖNLICHE ANGABEN DES MITGLIEDS

Name

Vorname

Versichertennummer

Am Besten zu erreichen unter Festnetz Mobil

Vorwahl Festnetz

Vorwahl Mobil

E-Mail (bei Angabe der Adresse darf mich BIG direkt gesund per E-Mail kontaktieren)

Familienstand ledig verheiratet LPartG verwitwet getrennt lebend geschieden seit:

Ich war bisher selbst versichert familienversichert nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges

ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen.

Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner/-in 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 Ehe-/Lebenspartners/der Ehe-/Lebenspartnerin und – sofern der/die Ehe-/Lebenspartner/-in nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem/i ihrem 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.

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung: (Ehepartner bzw. Kinder)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr/Ihre Ehe-/Lebenspartner/-in bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

ANGABEN ZUR LETZTEN BISHERIGEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei: (Name der Krankenkasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SONSTIGE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Schulbesuch/Studium vom/bis (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		T T M M J J	T T M M J J	T T M M J J
		T T M M J J	T T M M J J	T T M M J J
Wehr- oder Zivildienst vom/bis (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		T T M M J J	T T M M J J	T T M M J J
		T T M M J J	T T M M J J	T T M M J J

ANGABEN ZUR VERGABE EINER KRANKENVERSICHERTENNUMMER FÜR FAMILIENVERSICHERTE ANGEHÖRIGE

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Versichertennummer (sofern bereits von einer Krankenkasse vergeben)				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

ERKLÄRUNG

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.

Mitversicherte Angehörige ab 15 Jahren erhalten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit Bild.

Bitte beachten Sie das beiliegende Formular Bild für die elektronische Gesundheitskarte.

<input type="text"/>	<input type="text" value="T T M M J J"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift Mitglied
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/-in	Unterschrift Kind/-er (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)	

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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.