

Health Insurance Application for Non-Contributory Dependants

(Aufnahme in die Familienversicherung)



Please use block letters to fill in the fields. (Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.)

Personal details of the member (Persönliche Angaben des Mitglieds)

It's best to contact me on my (Am Besten zu erreichen unter)

landline (Festnetz) mobile (Mobil)

Area code (Vorwahl) Landline no. (Festnetz)

Area code (Vorwahl) Mobile no. (Mobil)

Surname (Name)

First name (Vorname)

Insurance card number (Versichertennummer)

Marital status (Familienstand) single (ledig) married (verheiratet) civil partnership (LPaTG) widowed (verwitwet) separated (getrennt lebend) divorced (geschieden) since (seit): (DD/MM/YY)

Until now my health insurance status was (Ich war bisher) own membership (selbst versichert) non-contributory dependant (familienversichert) I had no statutory health insurance (nicht gesetzlich krankenversichert)

Name of the health insurance company (Name der Krankenkasse)

Reason for the application for non-contributory dependant membership (Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung)

start of my membership (Beginn meiner Mitgliedschaft) birth of a child (Geburt des Kindes) marriage (Heirat) termination of the dependant's previous membership (Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen) other (Sonstiges)

Details of family members (Angaben zu Familienangehörigen)

The following information is generally only required for family members who are to be insured with us as non-contributory dependants.

In deviation from this, we also require certain information about your spouse/civil partner, even if we are only being requested to provide non-contributory dependant insurance for your children and your spouse/civil partner is related to the children.

In this case, in addition to the general information we require information about the spouse/civil partner's health insurance and – if the spouse/civil partner does not have statutory health insurance – information about their income is necessary; in this case, it is mandatory to provide proof of income, whereby supplements paid in connection with marital status do not count towards income.

Please note that it is not legally admissible for a person to have non-contributory dependant insurance with more than one health insurance company at the same time. Therefore, please ensure when providing the required information that double insurance is excluded.

	Spouse/civil partner (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Commencement of non-contributory dependant insurance (DD/MM/YY) (Beginn der Familienversicherung) (Spouse or children) (Ehepartner bzw. Kinder)				
Surname (Nachname)				
*If your spouse/civil partner or children have a different surname, please provide a marriage certificate or birth certificate. If this is not possible, please provide another suitable document (e.g. child benefit assessment).				
First name (Vorname)				
Gender (Geschlecht) (m=male (männlich), f=female (weiblich), x=non-binary (unbestimmt), d=diverse (divers))	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Date of birth (DD/MM/YY) (Geburtsdatum)				
Address if different to the member's address (gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Family relationship to the member: (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied) (Also use the term 'natural child' for an adopted child.) (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<input type="checkbox"/> Natural child (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkelkind)	<input type="checkbox"/> Natural child (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkelkind)	<input type="checkbox"/> Natural child (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkelkind)	<input type="checkbox"/> Natural child (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkelkind)
Is the spouse/civil partner related to the child? (Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt?) (Please only tick if there is no family relationship) (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="checkbox"/> no (nein)	<input type="checkbox"/> no (nein)	<input type="checkbox"/> no (nein)	<input type="checkbox"/> no (nein)

The most direct health insurance.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund, Germany
 Fax +49 (0)231 5557 199 · info@big-direkt.de
 Toll-free 24h direct service **0800 5456 5456**

Responsible for data protection in accordance with the GDPR: Peter Kaetsch, Markus Bäumer
 Data protection officer: datenschutz@big-direkt.de



Details of the family members' most recent previous or still existing insurance

(Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

	Spouse/civil partner (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Surname (Name)				
First name (Vorname)				
The previous insurance ended on: (DD/MM/YY) (Die bisherige Versicherung endete am.) The provider was: (bestand bei) (Health insurance company's name) (Name der Krankenkasse)				
Type of previous insurance: (Art der bisherigen Versicherung:)	<input type="checkbox"/> Own insurance (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Non-contributory dependant insurance (familienversichert) <input type="checkbox"/> No statutory insurance (nicht gesetzlich versichert)	<input type="checkbox"/> Own insurance (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Non-contributory dependant insurance (familienversichert) <input type="checkbox"/> No statutory insurance (nicht gesetzlich versichert)	<input type="checkbox"/> Own insurance (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Non-contributory dependant insurance (familienversichert) <input type="checkbox"/> No statutory insurance (nicht gesetzlich versichert)	<input type="checkbox"/> Own insurance (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Non-contributory dependant insurance (familienversichert) <input type="checkbox"/> No statutory insurance (nicht gesetzlich versichert)
If the previous insurance was non-contributory dependant insurance, provide the name of the insured member. (Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde)				
The insurance still exists with: (Die bisherige Versicherung besteht weiter bei.) (Name of health insurance company/health plan) (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

Other information about family members (Sonstige Angaben zu Familienangehörigen)

	Spouse/civil partner (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
I am self-employed (Selbstständige Tätigkeit liegt vor)	<input type="checkbox"/> yes (ja)	<input type="checkbox"/> yes (ja)	<input type="checkbox"/> yes (ja)	<input type="checkbox"/> yes (ja)
Income from self-employment (monthly) Please enclose a copy of the most recent income tax assessment. (Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	€	€	€	€
Statutory pension, pension benefits, company pension, foreign pension, other pensions (amount of monthly payment) (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag))	€	€	€	€
Other regular monthly income within the meaning of income tax law, e.g. gross salary from more than marginal employment, rental and lease income, income from capital assets, other income (e.g. severance pay). Please attach a copy of the most recent income tax assessment. (Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	€	€	€	€
	Type of income (Art der Einkünfte)	Type of income (Art der Einkünfte)	Type of income (Art der Einkünfte)	Type of income (Art der Einkünfte)
Gross pay from marginal employment (monthly) (Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich))	€	€	€	€
Are long-term, lower level welfare benefits received (Arbeitslosengeld II)? (Wird Arbeitslosengeld II bezogen?)	<input type="checkbox"/> yes (ja)	<input type="checkbox"/> yes (ja)	<input type="checkbox"/> yes (ja)	<input type="checkbox"/> yes (ja)
Attendance of school/university from/until (DD/MM/YY) (Schulbesuch/Studium vom/bis) (When children are older than 23 please enclose confirmation of attendance from the school/university) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)				
Military/civilian service from/to (DD/MM/YY) (Wehr- oder Zivildienst vom/bis) (Please enclose a certificate of service) (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)				

The most direct health insurance.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund, Germany
Fax +49 (0)231 5557 199 · info@big-direkt.de
Toll-free 24h direct service **0800 5456 5456**

Responsible for data protection in accordance with the GDPR: Peter Kaetsch, Markus Bäumler
Data protection officer: datenschutz@big-direkt.de

Information for the issue of a health insurance number to a non-contributory dependant

(Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

	Spouse/civil partner (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Surname (Name)				
First name (Vorname)				
Insurance card number (Versichertennummer) (if a card has already issued by a health insurance company) (sofern bereits von einer Krankenkasse vergeben)				
Own pension insurance number (Eigene Rentenversicherungsnummer)				
The following information is only required if a pension insurance number has not yet been issued. (Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)				
Name at birth (Geburtsname)				
Place of birth (Geburtsort)				
Country of birth (Geburtsland)				
Nationality (Staatsangehörigkeit)				

Declaration (Erklärung)

I confirm that the information I have provided is correct. I will inform you promptly if anything changes. This particularly applies if the income of the above-mentioned dependants changes (e.g. new income tax assessment for income from self-employment) or membership of (another) health insurance fund.

Co-insured dependants aged 15 and over will be issued an electronic health card with photo. Please read the enclosed form 'Photo for the Electronic Health Card'.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Place (Ort)	Date (Datum) (DD/MM/YY)	Member's signature (Unterschrift Mitglied)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spouse/civil partner's signature (Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/-in)	Child/ren's signature (Unterschrift Kind/-er) (if aged 15 or over) (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)	

By signing this form, I declare that I have obtained the consent of the family members to provide the required data. If family members live at different addresses, the signature of the family member suffices.

The most direct health insurance.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund, Germany
Fax +49 (0)231 5557 199 · info@big-direkt.de
Toll-free 24h direct service **0800 5456 5456**

Responsible for data protection in accordance with the GDPR: Peter Kaetsch, Markus Bäumer
Data protection officer: datenschutz@big-direkt.de