

# FAMILIENANTRAG



**BKK Werra-Meissner**

Straßburger Str. 5  
37269 Eschwege

Fax: **05651 7451-999**

E-Mail: **info@bkk-wm.de**

Haben Sie Fragen?

Service-Telefon: **05651 7451-777**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## FAMILIENVERSICHERUNG MEINES/R ANGEHÖRIGEN AB:

TT MM JJJJ

## PERSÖNLICHE ANGABEN DES MITGLIEDS

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Geburtsland
Krankenversicherungsnummer		Telefonnummer	Handynummer

## ANGABEN ZUM FAMILIENSTAND

Familienstand

ledig
  verheiratet
  Lebenspartnerschaft
  verwitwet
  geschieden
  getrennt lebend
  verwaist

Mein Ehegatte ist selbst versichert

nein
  ja, bei .....

Hinweis: Von nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten benötigen wir einen aktuellen Einkommensnachweis!  
Werden Einkünfte aus Vermietung und/oder Verpachtung erzielt oder aus Kapital bezogen, benötigen wir zusätzlich den Steuerbescheid.

## ANLASS FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Beginn meiner Mitgliedschaft                               | <input type="radio"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen                |
| <input type="radio"/> Geburt meines Kindes (bitte Geburtsbescheinigung beilegen) | <input type="radio"/> Zuzug aus dem Ausland (bitte Anmeldung vom Einwohnermeldeamt in Kopie beilegen) |
| <input type="radio"/> Heirat (bitte Heiratsurkunde beilegen)                     | <input type="radio"/> Sonstiges   |

## ANGABEN ZUM EHEGATTE BZW. ZUM KIND/ZU DEN KINDERN DIE SIE NEU ODER WEITERHIN BEI UNS FAMILIENVERSICHERN WOLLEN

	Ehegatte	Kind 1 <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	Kind 2 <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	Kind 3 <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m
Vorname				
Nachname (bei abweichendem Namen bitte Geburts- oder Heiratsurkunde beilegen)				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Hauptversicherten/ der Hauptversicherten zum Kind (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehepartner / die Ehepartnerin mit dem Kind verwandt?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## RENTENVERSICHERUNGSNUMMER DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Rentenversicherungsnummer				
Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:				
Geburtsname	.....	.....	.....	.....
Geburtsort	.....	.....	.....	.....
Geburtsland	.....	.....	.....	.....

## ANGABEN ZU DEN EINNAHMEN DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Zurzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium
monatliche Bruttoeinkünfte (auch Minijob)				
monatlicher Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten				
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Miete, Zinsen)				
Unterhaltszahlungen				
Studium (bitte ab Vollendung des 23. Lebensjahrs eine Bescheinigung beifügen)	.....	.....	.....	.....
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Bescheinigung beifügen)	.....	.....	.....	.....

## UNTERSCHRIFT

Ort	Datum	Unterschrift <b>X</b>
-----	-------	--------------------------

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Werra-Meissner notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Homepage [www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz](http://www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der **BKK Werra-Meissner** auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.