

Bitte zurück an:
Die Schwenninger Krankenkasse
78044 Villingen-Schwenningen

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes – Name, Vorname: _____ Vers-Nr.: _____

Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPaTG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)	
Mein Ehegatte/Lebenspartner ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	
(wenn privat/nicht gesetzlich versichert, bitte Einkommensnachweis beifügen) (Name und Sitz der Krankenkasse)	
Telefon-Nr. _____	E-Mail-Adresse _____
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder per Mail über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.	

2. Familienangehörige

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

Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner 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 Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind 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.

	Ehegatte	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung (bei Neuaufnahmen)			
Grund (Heirat, Geburt, Beendigung der eigenen Versicherung, ...)			
Bei Neuaufnahmen 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.			
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Geburtsdatum			
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.	_____	<input type="checkbox"/> leibl. Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse - Zeitangabe - Name der Krankenkasse - Art der Versicherung (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet sind. Die Angaben sind unbedingt erforderlich – bitte Versicherungszeitenbescheinigung beifügen)	vom _____	Vom _____	vom _____
	bis _____	bis _____	bis _____
	bei _____	bei _____	bei _____
	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Familienversicherung
	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, bitte Name und Vorname der Person angeben, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	Name _____	Name _____	Name _____
	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____

Bitte die weiteren Angaben auf der Folgeseite ausfüllen.

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Name, Vorname: _____ Vers-Nr.: _____

	Ehegatte	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____
Geringfügige Beschäftigung Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____
Mehr als geringfügige Beschäftigung Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Bruttoarbeitsentgelt (durchschnittlich monatlich)	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____ EUR: _____
Wird/wurde Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> ja, vom: _____ bis: _____
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (monatlich)	EUR: _____	EUR: _____	EUR: _____
Einnahmen aus Kapitalvermögen, Kapitalabfindungen (monatlich)	EUR: _____	EUR: _____	EUR: _____
gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte) vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte)	vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte) vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte)	vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte) vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte)
Sonstige regelmäßige Einkünfte (monatlich) (z. B. Veräußerungsgewinne, Unterhaltszahlungen, ...)	vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte)	vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte)	vom: _____ bis: _____ EUR: _____ _____ (Art der Einkünfte)
Bei Kindern ab dem 14. Lebensjahr: Schule/Studium (ab dem 23. Lebensjahr bitte zusätzlich Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom: _____ bis: _____	vom: _____ bis: _____
Wehr- oder Zivildienst, Bundesfreiwilligendienst, freiwilliger Dienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom: _____ bis: _____	vom: _____ bis: _____

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer			
neue Krankenversicherungsnummer			

Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine RV-Nr. bzw. neue KV-Nr. vergeben wurde.

Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger BKK zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

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 Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

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 Mitglieds oder des Familienangehörigen aus.

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen