

**BOSCH****BKK**

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte zurück an: Bosch BKK, Postfach 300280, 70442 Stuttgart

### Hauptversicherter/ Hauptversicherte

Vorname/Nachname	Versicherungsnummer
------------------	---------------------

### Allgemeine Angaben des/der Hauptversicherten

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz seit _____		

Angaben zum Ehegatten	Vorname	Nachname		
	Geburtsdatum	Name der aktuellen Krankenkasse/Privatversicherung	dort versichert seit _____	

Die folgenden Einkommensangaben zum Ehepartner sind immer erforderlich, wenn dieser **nicht gesetzlich** versichert istDie Einkünfte meines Ehepartners liegen  Ja  Nein\* **Übersteigen die Einnahmen Ihres Ehepartners Ihre eigenen Einnahmen?**  Ja  Nein\*

### Für wen wird die Familienversicherung beantragt?

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Nachname**				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt			
Geburtsdatum				

### Ab wann wird die Familienversicherung beantragt?

Beginn ab				
Anlass für den Antrag auf Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Ende der eigenen Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung		
	<input type="checkbox"/> Geburt eines Kindes <small>(bitte Geburtsbescheinigung beilegen)</small>	<input type="checkbox"/> Heirat <small>(bitte Heiratsurkunde beilegen)</small>		
	<input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland <small>(bitte Anmeldung vom Einwohnermeldeamt beilegen)</small>	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe		
	<input type="checkbox"/> Ende der Selbständigkeit <small>(bitte Gewerbeabmeldung beilegen)</small>			

Die bisherige Versicherung endete am				
bestand bei <small>(Name der Krankenkasse)</small>				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich/privat	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich/privat	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich/privat	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich/privat

\* bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei

\*\*bei abweichendem Namen Geburts- oder Heiratsurkunde beilegen

**BOSCH****BKK****Hauptversicherter/ Hauptversicherte**

Vorname/ Nachname	Versicherungsnummer			
	<b>Ehepartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
	Nachname	Nachname	Nachname	Nachname
Die Mitgliedschaft vom Ehepartner besteht weiterhin bei <small>(Name der Krankenkasse / Versicherung)</small>				
Versicherungsnummer <small>(siehe Gesundheitskarte)</small>				
Ggf. vom Hauptversicherten abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Hauptversicherten <small>(die Bezeichnung leibliches Kind ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>		<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind
		<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind
		<input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Enkelkind
		<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehepartner mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Angaben zu den Einnahmen**

Liegt eine selbständige Tätigkeit vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Falls ja, <b>monatlicher Gewinn aus der selbständigen Tätigkeit</b> <small>(bitte letzten aktuellen Steuerbescheid beifügen)</small>				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt</b> <small>aus Minijob oder anderen Beschäftigungen</small>				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Entlassungsentschädigungen</b> <small>Haben Sie aus Ihrem letzten Beschäftigungsverhältnis eine Abfindung oder Entlassungsentschädigung erhalten oder erwarten Sie diese Zahlung?</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Euro			
<b>Monatliche Brutto-Renten</b> <small>bspw. gesetzliche Renten, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische oder sonstige Renten</small>				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b> <small>bspw. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Land- und Forstwirtschaft, Vermietung und Verpachtung o.ä.</small>	monatliche Höhe	monatliche Höhe	monatliche Höhe	monatliche Höhe
	Euro	Euro	Euro	Euro
	Art	Art	Art	Art

**BOSCH****BKK****Hauptversicherter/Hauptversicherte**

Vorname / Nachname	Versicherungsnummer
--------------------	---------------------

<b>Ehepartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
-------------------	-------------	-------------	-------------

**Angaben über Schule, Studium, Wehr- und Zivildienstzeiten der Kinder**

Schulbesuch / Studium <small>(bitte ab Vollendung des 23. Lebensjahrs eine Schulbescheinigung beifügen)</small>		von	von	von
		bis	bis	bis

Wehr- oder Zivildienst <small>(bitte Bescheinigung / Nachweis beifügen)</small>		von	von	von
		bis	bis	bis

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige**

Rentenversicherungsnummer / Sozialversicherungsnummer				
---	--	--	--	--

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn **noch keine** Sozialversicherungs- bzw. Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

**Wichtige Informationen:** Die Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihr/Ihre Kind/Kinder durchgeführt werden soll/sollen. 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 dem/den Kind/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, 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.

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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage [www.Bosch-BKK.de/Datenschutz](http://www.Bosch-BKK.de/Datenschutz).

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen der Angehörigen verändert oder einer der o. g. Angehörigen selbst Mitglied einer Krankenkasse wird oder in die private Versicherung wechselt.**

Meine Kontaktdaten	Bei Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar unter <small>(diese Angaben sind freiwillig)</small>	
	Telefon	E-Mail:
Datum	Unterschrift Hauptversicherter	Ggf. Unterschrift Angehörige

Mit der Unterschrift bestätige ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten. Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.