

# Aufnahme in die kostenfreie Familienversicherung

Beginn der Familienversicherung bei der MAHLE BKK zum

## Angaben zur Person

Name, Vorname

Geschlecht

männlich  weiblich  divers

Krankenversicherungsnummer  
lt. aktueller Versicherungskarte

Ich war bisher  
versichert bei  
(Krankenkasse)

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft  im Rahmen einer Familienversicherung

nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand

ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in  
die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges

Telefon tagsüber  
(freiwillige Angabe)

## 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 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, 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	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 des Mitglieds zum Kind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	
Ist der Ehegatte 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\* 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.  
\*\* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.



### Angaben zu letzten, bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Die bisherige Versicherung endete am</b>				
<b>Die bisherige Versicherung bestand bei</b> (Name der Krankenkasse)				
<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedschaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedschaft</b>
<input type="checkbox"/> <b>Familienversicherung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Familienversicherung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Familienversicherung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Familienversicherung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Familienversicherung</b>
<input type="checkbox"/> <b>nicht gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht gesetzlich</b>
<b>Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde</b>				
<b>Die bisherige Versicherung besteht weiter bei</b> (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)				

### Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte		Kind		Kind		Kind		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Selbstständige Tätigkeit liegt vor</b>									
<b>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit</b> (monatlich) <small>(Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)</small>		€		€		€		€	
<b>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung</b> (monatlich)		€		€		€		€	
<b>Abfindung wegen Verlust des Arbeitsplatzes</b> (Bitte Nachweis über Höhe der Abfindung beifügen.)		€		€		€		€	
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten</b> (monatlicher Bruttobetrag)		€		€		€		€	
<b>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b> <small>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small>		€		€		€		€	
	Art der Einkünfte		Art der Einkünfte		Art der Einkünfte		Art der Einkünfte		
<b>Schulbesuch/Studium</b> <small>(Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)</small>		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
<b>Wehr- oder Zivildienst</b> <small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)</small>		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis

### Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Eigene Rentenversicherungs-nr.</b> (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
<b>Geburtsname</b>				
<b>Geburtsort</b>				
<b>Geburtsland</b>				
<b>Staatsangehörigkeit</b>				

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. 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen