

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

	Kind	Kind	Kind	Kind
Name				
*Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über den Bezug von Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Beginn der Familienversicherung				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind * Wählen Sie „leibliches Kind“ auch bei einer Adoption.	<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	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>				
Die bisherige Versicherung endete am				
Name der Versicherung				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Vor- und Nachname des Mitglieds, sofern eine Familienversicherung bestand				
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
<i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.</i>				
Gesetzliche, ausländische, sonstige Renten, Versorgungsbezüge (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
<i>z. B.: Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes</i>				
Entgelt aus geringfügiger Beschäftigung (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

	Kind	Kind	Kind	Kind
Name				
Schulbesuch/Studium	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
<i>Bitte bei Angehörigen ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.</i>				
Wehr- oder Zivildienst	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
<i>Bitte Dienstbescheinigung beifügen.</i>				
Rentenversicherungs-Nr.				
Staatsangehörigkeit				
<i>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</i>				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert, z. B. ein neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit vorliegt oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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 Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: Die BKK Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung der Familienversicherung im Rahmen von § 10 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 25 SGB XI, Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679, § 284 SGB V und § 7 KVLG 1989. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter bkk-mobil-oil.de/datenschutz.