_____ _____

(Name, Vorname des Mitglieds) (KV-Nummer)

Betriebskrankenkasse
Deutsche Bank AG

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ich war bisher
  - ☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
  - ☐ im Rahmen einer Familienversicherung
  - ☐ nicht gesetzlich krankenversichert

  versichert bei: _____
  Name der Krankenkasse

- 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 (bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen) ☐ Heirat
  ☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
  ☐ Sonstiges: _____

- **Beginn der Familienversicherung:** _____

- Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr.: _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

- Meine E-Mail-Adresse lautet: _____ (freiwillige Angabe).

2. 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*				
* Bei abweichenden Familiennamen: Liegt uns bereits die Geburts- oder Heiratsurkunde vor? Falls nein, bitte beifügen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		☐ (Nein)	☐ (Nein)	☐ (Nein)

BKK

(Name, Vorname des Mitglieds) (KV-Nummer)

Betriebskrankenkasse
Deutsche Bank AG

3. Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • endete am: • bestand bei: (Name der Krankenkasse)	....	....	....	....
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienvers. ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienvers. ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienvers. ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienvers. ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	..... (Name, Vorname)	..... (Name, Vorname)	..... (Name, Vorname)	..... (Name, Vorname)
Die bisherige Versicherung **besteht weiter** bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)				

4. Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor (Wenn Ja, dann bitte weitere Fragen beantworten:) - Haupteinnahmequelle zum Lebensunterhalt - Ich erkläre, dass ich Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt habe. - Anzahl der Wochenarbeitsstunden:	☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein)	☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein)	☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein)	☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein) ☐ (Ja) ☐ (Nein) .....
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ (Ja)	☐ (Ja)	☐ (Ja)	☐ (Ja)
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	..... EUR ..... (Art der Einkünfte)	..... EUR ..... (Art der Einkünfte)	..... EUR ..... (Art der Einkünfte)	..... EUR ..... (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....

5. Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer:				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname:				
Geburtsort:				
Geburtsland:				
Staatsangehörigkeit:				

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. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ort, Datum *Unterschrift des Mitglieds* **ggf. Unterschrift der Familienangehörigen*

**Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.*

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.