

Antrag auf Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Vorname Name Geburtsdatum

Familienstand: ledig verheiratet* getrennt lebend geschieden seit verwitwet
*gilt auch für Lebenspartnerschaftsgesetz (bitte Urkunde beilegen).

Mein Ehegatte ist selbst versichert: nein ja, bei Name und Sitz der Krankenkasse

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. zu erreichen.

2. Familienangehörige

Folgende Familienangehörige sollen mitversichert werden (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann ausfüllen, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll):

	Ehegatte/Ehegattin	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied, z. B. eheliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel				
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Arbeitsverhältnis/selbst. Tätigkeit	<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 <input type="checkbox"/> Ja
Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	EUR	EUR	EUR	EUR
Einkommensart, z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezügen, Einkommen aus selbst. Tätigkeit, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonstige Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen				
Schulbesuch/Studium (bitte ab dem 23. Lebensjahr Schulbescheinigung beifügen)		Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Versicherung durchgeführt wurde				

3. Angaben zur Vergabe der Krankenversicherungsnummer

Rentenversicherungsnummer

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname

Geburtsort/Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer anderen Krankenkasse werden.

Datum Unterschrift des Mitglieds Unterschrift des Ehegatten, ggf. der Familienangehörigen (ab 15 Jahren)

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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.

Bitte senden an: Die Continentale BKK, Speicherstr. 2, 44147 Dortmund, Fax: 0231 / 557130-12

Sie haben Fragen? Wir helfen Ihnen gerne weiter. Telefon : 0231 / 557130-56