

FAMILY INSURANCE

FAMILIENVERSICHERUNG

Member's general data Persönliche Daten (Mitglied)	Name, First name Name, Vorname	Date of birth Geburtsdatum		
	Address Anschrift	Family status Familienstand	Unmarried ledig/unverheiratet	Married verheiratet

Start of family insurance for my spouse/lifepartner and/or children (Date)
Ich beantrage die Mitversicherung für folgende Familienangehörige ab (Datum)

Reason for inclusion in family insurance Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	Start of my membership Beginn meiner Mitgliedschaft	Marriage Heirat	Birth of the child Geburt des Kindes	Termination of the family member's previous own membership Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen	Other sonstiges
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

The following data are generally required only for those family members who are to be covered under family insurance with us. **By way of exception, we also require certain information about your spouse or registered partner even if family insurance with us is to be arranged exclusively for your children.** In this case, in addition to the general personal details, information about the insurance status of the spouse or registered partner is required and—if the spouse or registered partner is not covered by statutory health insurance—additional details regarding their income must be provided. In such cases, the income must be substantiated by appropriate proof of earnings. Allowances paid in consideration of marital or family status are not taken into account when stating income. **Please note that it is legally impermissible to arrange family insurance simultaneously with different health insurance funds. Therefore, please ensure by providing accurate information that duplicate family insurance coverage is excluded.**

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 ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt. **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.**

	Spouse Ehegatte 1)		Child Kind		Child Kind		Child Kind	
Name Familienname 2)								
First name Vorname								
Address if it differs from that one of the member ggf. abweichende Anschrift								
Date of birth Geburtsdatum								
Name at birth Geburtsname								
Place of birth Geburtsort								
Country of birth Geburtsland								
Nationality Staatsangehörigkeit								
Own pension insurance fund number (PIF no.) Rentenversicherungs-Nr.								
Gender Geschlecht	Female weiblich non-binary divers	Male männlich	Female weiblich non-binary divers	Male männlich Unspecified unbestimmt	Female weiblich non-binary divers	Male männlich Unspecified unbestimmt	Female weiblich non-binary divers	Male männlich Unspecified unbestimmt
Relationship between member and child (Please fill out: daughter, son, step-, grand-, foster child) Verwandtschaftsverhältnis (Bitte ergänzen: Tochter, Sohn, Stief-, Pflege-, Enkel-, Adoptivkind)	/							
Is the spouse related to the child? (Please only cross if this is not the case) Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)			No nein		No nein		No nein	
School attendance / studies for children aged 23 and over (Please attach a certificate of school attendance or enrollment) Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)			Yes ja		Yes ja		Yes ja	
Voluntary military service (Please attach proof of period of service) Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/		Yes ja		Yes ja		Yes ja	

1) In accordance with the Registered Partnership Act (LPaTG)
Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPaTG)

2) If the family name of the member differs from that of the family member, the civil status relationship must be proven once by suitable documents (e.g. marriage certificate, registered partnership certificate, birth certificate) or – if submission of these documents is not possible – by other appropriate documents (e.g. child benefit notice).
Bei abweichendem Familiennamen 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 Kindergeld) einmalig nachzuweisen.

FAMILY INSURANCE

FAMILIENVERSICHERUNG

	Spouse Ehegatte 1)	Child Kind	Child Kind	Child Kind
The last insurance ended on Die bisherige Versicherung endete am				
... and was with (name of health insurance fund) ... und sie bestand bei dieser Krankenkasse				
Type of insurance to date Art der bisherigen Versicherung	Membership eigene Mitgliedschaft Dependents co-insurance* familienversichert* Not statutory nicht gesetzlich	Membership eigene Mitgliedschaft Dependents co-insurance* familienversichert* Not statutory nicht gesetzlich	Membership eigene Mitgliedschaft Dependents co-insurance* familienversichert* Not statutory nicht gesetzlich	Membership eigene Mitgliedschaft Dependents co-insurance* familienversichert* Not statutory nicht gesetzlich
* Insofar as a dependents' co-insurance already existed, name and first name of the person whose membership is the basis for the dependents' co-insurance * Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person angeben, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
The previous insurance continuous with (Name of health insurance fund/health insurance) Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung angeben)				
Self-employment Selbstständige Tätigkeit liegt vor	Yes ja	Yes ja	Yes ja	Yes ja
Profit from self-employed professional activities (Please enclose a copy of the current notice of income tax assessment) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Marginal employment (mini-job) exists Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	Yes ja	Yes ja	Yes ja	Yes ja
Statutory pension, pension benefits, occupational pension, foreign pension, other pensions (monthly amount paid) Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	Euro	Euro	Euro	Euro
Other regular monthly income within the meaning of income tax law (e.g. gross earnings from employment exceeding marginal employment; income from rental and leasing as well as capital assets; other income (e.g. severance pay for loss of employment)) Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus: Vermietung und Verpachtung sowie Kapitalvermögen; Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes))	Euro	Euro	Euro	Euro
	Type of income Art	Type of income Art	Type of income Art	Type of income Art

Signature Unterschrift

I confirm that the information provided is accurate. I will inform you immediately of any changes. This applies in particular if the income of the above-mentioned family members changes (e.g. a new income tax assessment in the case of self-employment) or—if children are covered under family insurance—the other parent is no longer a member of a statutory health insurance fund. The marriage of the parents must also be reported if the other parent is not covered by statutory health insurance.

By signing, I declare that I have obtained the consent of the family members to provide the required data.
* In the case of family members living separately, the signature of the family member alone is sufficient.

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 – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

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.

Date Datum	Member's signature Unterschrift Mitglied	* If required, signature of the family members * ggf. Unterschrift Familienangehörige/r
	X	X

Data protection notice (Article 13 of Regulation (EU) 2016/679, Article 5(1) GDPR): In order to assess eligibility for family insurance, your cooperation is required pursuant to Sections 10(6) and 289 of the German Social Code, Book V (SGB V). The data are collected for the purpose of determining the insurance relationship (Sections 10 and 284 SGB V, Section 7 of the Health Insurance for Farmers Act 1989 (KVLG 1989), and Section 25 of the German Social Code, Book XI (SGB XI)). Further information on how we process your personal data and on your rights under the EU General Data Protection Regulation can be found on our website at www.bkk-freudenberg.de/datenschutz

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): 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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-freudenberg.de/datenschutz