

Erklärung zur Familienversicherung

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.



direkt gesund

:: Persönliche Angaben des Mitglieds

Name

Vorname

Geburtsdatum

Familienstand ledig verheiratet LPartG verwitwet getrennt lebend geschieden seit

Ich war bisher selbst versichert familienversichert nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Versicherungsnummer

:: Familienangehörige

Diesen Bereich bitte nur ausfüllen, wenn Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner/-in oder Ihr/-e Kind/-er bei uns versichert werden soll/-en. Auch wenn Sie keine Familienversicherung wünschen, senden Sie bitte diesen Vordruck ohne weitere Angaben unterschrieben zurück. (Die Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner/-in tragen Sie bitte auch dann ein, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihr/-e Kind/-er durchgeführt werden soll)

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in gem. LPartG ist gesetzlich privat krankenversichert bei

Folgende/-s Familienmitglied/-er möchte ich bei der BIG mitversichern meine/-n Ehepartner/-in meine/-n Lebenspartner/-in gem. LPartG mein/-e Kind/-er

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name (Bei abweichendem Namen bitte Heirats-/Geburtsurkunde zusenden)	<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="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort/-land	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer (Unbedingt erforderlich, wenn nicht vorhanden, Geburtsort/-land angeben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gegebenenfalls abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: z. B. leibliche/-s Kind/-er, Stief-, Pflege- oder Enkelkind/-er	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einkommensart: z. B. Arbeitsentgelt einschließlich Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonstige Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht (Bitte Einkommensnachweise beifügen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis (Bitte bei Kind/-ern ab dem 23. Lebensjahr Schul-/Studienbescheinigung beifügen)	<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"/>
Wehr-/Zivildienst (Bitte Bescheid beifügen)	<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"/>
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die Familienversicherung soll durchgeführt werden ab	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die Familienversicherung wurde bisher durchgeführt über (Name des Versicherten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

:: Erklärung

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meines/meiner o. a. Familienangehörigen erhöht oder diese/-r Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird/werden.
 Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

Ort Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/-in

Unterschrift Kind/-er (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)

Bitte schicken an:

BIG direkt gesund
Semerteichstraße 54-56
44141 Dortmund

Fax 0231.5557-4450
info@big-direkt.de

Kostenloser
24h-Direktservice
0800.54565456

www.big-direkt.de

