

FÜR DIE SLIPPE BEI GRIPPE

Liebes KRANKE -KASSE -Mitglied,

toll, dass du deine Familie bei der KRANKEN KASSE versichern willst!

Egal bei welchem deiner 89 Kinder etwas sein sollte: Unsere Leistungen bieten dir und deiner ganzen Familie Schutz und Sicherheit. Deshalb sind dein Ehepartner und deine Kinder in der Kranken- und Pflegeversicherung kostenlos mitversichert.

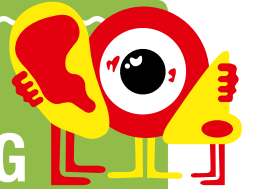
Die kostenlose Familienversicherung ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: Hilf uns ein bisschen, um diese Voraussetzungen festzustellen. Bitte füll dazu das beiliegende Formular aus und sende es an uns zurück – mit den angegebenen Nachweisen als Kopie.

Die Angaben zu deinem Ehepartner brauchen wir auch dann, wenn nur die Kinder mitversichert werden sollen. Sollte dein Ehepartner nicht gesetzlich versichert sein, sende uns bitte einen aktuellen Einkommensnachweis.

Hast du noch Fragen? Wir beraten dich gern.

Ruf uns einfach an: 0800-K-R-A-N-K-E-K

Dein Team von der KRANKEN KASSE



KRANKE KASSE
Postfach 19 12 53
14002 Berlin

**Ich mach euch einen Antrag
auf Familienversicherung**

Name, Vorname: Krankenversicherthenummer:

Telefonnummer:

Mein Familienstand

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit verwitwet
- eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

Mein Ehepartner ist selbst versichert.

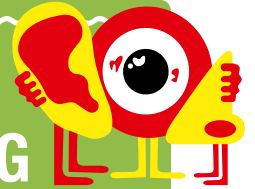
- nein ja gesetzlich privat

Name und Sitz der Krankenkasse / Versicherung

Meine Familienangehörigen sollen ab versichert werden.

Bitte trage die Angaben deines Ehepartners immer ein, auch wenn nur die Kinder versichert werden sollen. Dies entfällt, wenn die Kinder aus einer anderen Beziehung sind und dein Ehepartner deinem Wissen nach mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehepartners sind nicht nötig, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

	Ehepartner / Lebenspartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht		<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied		<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind <input type="radio"/> Enkelkind	<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind <input type="radio"/> Enkelkind	<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind <input type="radio"/> Enkelkind
Mein Ehepartner ist NICHT der leibliche Elternteil		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Ehepartner / Lebenspartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Eigene Krankenversicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis <input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				
Selbstständige Tätigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Arbeitsverhältnis besteht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung € € € €
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <small>(z. B. Abfindung, Arbeitsentgelt, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Vermietung und Verpachtung, Zahlbetrag der gesetzl. Rente, sonstige Renten, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Zinsen. Bitte immer Nachweis beifügen)</small> € (Art der Einkünfte) € (Art der Einkünfte) € (Art der Einkünfte) € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch, Studium <small>(bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)</small>	#####			
Wehr- oder Zivildienst <small>(bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	#####			
Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsland / Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				

Hand aufs Herz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die CITY BKK umgehend informieren. Das gilt ganz besonders, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

.....
Datum und Unterschrift des Mitglieds

.....
ggf. Unterschrift(en) des/der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben – soweit sie schon zustimmen können. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben korrekt und rechtmäßig erfüllen können, ist dein Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. Die Angabe der Telefonnr. ist dagegen freiwillig.