Back to / Zurück an:
BKK PwC, Postfach 12 26, 34202 Melsungen

BKK pwc
Für gewöhnlich | außergewöhnlich

BKK PwC
Burgstraße 1 - 3
34212 Melsungen

Name, first name of insured party
Vorname Name des Mitglieds

KV-Nr.

Questionnaire for inclusion in the family insurance policy

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Member's gerneral data / Allgemeine Angaben des Mitglieds

Start of the dependent's co-insurance / Beginn der Familienversicherung : _____

Marital status/ ☐ Unmarried / ledig ☐ Married / verheiratet ☐ Separated / getrennt lebend ☐ Divorced / geschieden ☐ Widowed / verwitwet

Familienstand: ☐ Registered civil partnership in compliance with the Civil Partnership Act, LPartG
Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

My spouse is indepenently insured with :
Mein Ehe-/Lebenspartner ist versichert:, bei

Name of health insurance fund / private insurance
Name und Sitz der Krankenkasse / Privatversicherung

Reason for inclusion in the family insurance policy:
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

☐ Start of my membership / Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Birth of the child / Geburt des Kindes ☐ Marriage / Heirat
☐ Termination of the relative's prior own membership / Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Other / Sonstiges _____

I am available for further inquiries at this telephone –no /
Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ during the daytime (voluntary information) zu erreichen (freiwillige Angabe*).

My email address is/
Meine E-Mail-Adresse lautet: _____ (voluntary information). (freiwillige Angabe*).

*The contact details are voluntary and will only be used for queries regarding your insurance coverage. You can revoke their processing at any time with effect for the future.
*Die Angaben zu den Kontaktdaten sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Deren Verarbeitung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Information about family members / Angaben zu Familienangehörigen

The following data is generally only required for family members who are to be covered by our family insurance. Notwithstanding this, we also require certain information about your spouse/partner if we are only to provide family insurance for your children and your spouse/civil partner is related to these children. In this case, in addition to the general information, we require information about your spouse/civil partner's insurance and, if they are not covered by statutory insurance, additional information about their income; proof of income must be provided in the form of income statements, and supplements paid on the basis of marital status are not taken into account in the income information.

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen.
Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist.
In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe- /Lebenspartners und – sofern dieser 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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Spouse / civil partner Ehegatte/Lebens-partner	**Child / Kind**	**Child / Kind**	**Child / Kind**
Name*				
* If the member and the family member have different last names, the civil status must be proven once by means of appropriate documents (e.g., marriage certificate, civil partnership certificate, birth certificate) or, if these cannot be presented, 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.				
First name / Vorname				
Gender (m = male, f = female, x=unspecified, n=non-conforming) **Geschlecht** (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)	☐ (m) ☐ (f / w) ☐ (x) ☐ (d / n)	☐ (m) ☐ (f / w) ☐ (x) ☐ (d / n)	☐ (m) ☐ (f / w) ☐ (x) ☐ (d / n)	☐ (m) ☐ (f / w) ☐ (x) ☐ (d / n)
Date of birth / Geburtsdatum				
Address if it differs from that of the member / ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Relationship between member and child (*The term "biological child" must also be used for adopted children.) **Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind** (*Die Bezeichnung „leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden.)		☐ Biological child / leibliches Kind* ☐ Stepchild / Stiefkind ☐ Grandchild / Enkel ☐ Foster child / Pflegekind	☐ Biological child / leibliches Kind* ☐ Stepchild / Stiefkind ☐ Grandchild / Enkel ☐ Foster child / Pflegekind	☐ Biological child / leibliches Kind* ☐ Stepchild / Stiefkind ☐ Grandchild / Enkel ☐ Foster child / Pflegekind
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 bei fehlendem Verwandtschafts-verhältnis ankreuzen)		☐ (No / Nein)	☐ (No / Nein)	☐ (No / Nein)
School attendance/studies for children aged 23 and older (Please enclose school or study certificate) **Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren** (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		☐ (Yes / Ja)	☐ (Yes / Ja)	☐ (Yes / Ja)

	Spouse / civil partner Ehegatte/Lebens-partner	Child / Kind	Child / Kind	Child / Kind
Type of insurance to date: **Art der bisherigen Versicherung:**	☐ Membership Mitgliedschaft ☐ Dependents' co-insurance Familienversicherung ☐ not statutory nicht gesetzlich	☐ Membership Mitgliedschaft ☐ Dependents' co-insurance Familienversicherung ☐ not statutory nicht gesetzlich	☐ Membership Mitgliedschaft ☐ Dependents' co-insurance Familienversicherung ☐ not statutory nicht gesetzlich	☐ Membership Mitgliedschaft ☐ Dependents' co-insurance Familienversicherung ☐ 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, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(first name) (Vorname) (last name) (Nachname)	(first name) (Vorname) (last name) (Nachname)	(first name) (Vorname) (last name) (Nachname)	(first name) (Vorname) (last name) (Nachname)
The previous insurance continuous with: (Name of health insurance fund/health insurance) **Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:** (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)				

Other information about family members / Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Spouse / civil partner Ehegatte/Lebens-partner	Child / Kind	Child / Kind	Child / Kind
Member is self-employed 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 as-sessment **Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)** Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen**.**	EUR	EUR	EUR	EUR
Marginal employment (mini-job) **Geringfügige Beschäftigung (Minijob)**	☐ (Yes / Ja)	☐ (Yes / Ja)	☐ (Yes / Ja)	☐ (Yes / Ja)
Statutory pension, pensions and related benefits, occupa-tional pension, foreign pension, other pensions (monthly amount paid) / Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Other regular monthly earnings as defined in the income tax law (e.g. gross pay from a more than marginal employment, income from rentals and royalties, income from capital assets) Other income (e. g. compensation 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, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	EUR (Type of income) (Art der Einkünfte)	EUR (Type of income) (Art der Einkünfte)	EUR (Type of income) (Art der Einkünfte)	EUR (Type of income) (Art der Einkünfte)

Information on the allocation of a health insurance number for co-insured dependents
Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Spouse / civil partnership Ehegatte/ Lebenspartner	**Child / Kind**	**Child / Kind**	**Child / Kind**
Own German pension insurance number Eigene Rentenversicherungsnr.				
The following information is only required if a German pension insurance number has not yet been assigned. Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Name at birth / Geburtsname				
Place of birth / Geburtsort				
Country of birth / Geburtsland				
Nationality / Staatsangehörigkeit				

I confirm that the information provided is correct. I will inform you immediately of any changes. This applies in particular if the income of my above-mentioned dependents changes (e.g., new income tax assessment for self-employed persons) or—in the case of children covered by 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 does not have statutory health insurance.

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.

Place, Date / Ort, Datum

Member's signature /
Unterschrift des Mitglieds

If required, signature of the family members /
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

By my signature I declare that the family members have given approval for me to submit the necessary data.

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

If the family members live separately, the family member's signature will suffice.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/67): 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-pwc.de/ueber-uns/datenschutz oder in Papierform -rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.