

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

### Meber's general data / Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Up until now I was / Ich war bisher
 

<input type="checkbox"/> insured independently with / im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft	}	_____
<input type="checkbox"/> insured under a dependents' co- insurance policy / im Rahmen einer Familienversicherung		Name of health insurance fund / Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> not insured by a statutory health fund / nicht gesetzlich krankenversichert		
  - Familienstand:
 

<input type="checkbox"/> Unmarried / ledig	<input type="checkbox"/> Married / ver- heiratet	<input type="checkbox"/> Separated / getrennt lebend	<input type="checkbox"/> Divorced /geschieden	<input type="checkbox"/> Widowed / verwitwet
<input type="checkbox"/> Registered civil partnership in compliance with the Civil Partnership Act, LPartG (in this case the data must be entered under "Spouse") / Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)				
  - Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst versichert:  No/ Nein     Yes, with / Ja, bei  
My spouse is independently insured: \_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse / Privatversicherung  
Name of health insurance fund / private insurance
  - Reason for inclusion in the family insurance policy:  
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
  - |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Start of my membership /<br>Beginn meiner Mitgliedschaft   | <input type="checkbox"/> Birth of the child /<br>Geburt des Kindes | <input type="checkbox"/> Marriage / Heirat            |
| <input type="checkbox"/> Termination of the relative's prior own membership / Beendigung<br>der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen |  | <input type="checkbox"/> Other / Sonstiges<br>: _____ |
  - Start of the dependent's co-insurance / Beginn der Familienversicherung : \_\_\_\_\_
  - I am available for further inquiries at this tele-  
phone –no / Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ during the daytime (voluntary informa-  
tion)  
zu erreichen (freiwillige Angabe\*).
  - My email address is/  
Meine E-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_ (voluntary information).  
(freiwillige Angabe\*).
- \*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.  
\* 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.

### Information about family members / Angaben zu Familienangehörigen

The following data are in principle only required for those relatives who are to be co-insured by us. By way of derogation from this we require individual information about your spouse/civil partner even if the co-insurance is intended exclusively for your children. In this case, besides the general data, we require the information about your spouse's/civil partner's insurance – if the spouse/civil partner does not have statutory insurance; it is imperative to provide evidence of income plus allowances which are paid out of consideration for the family status. The information about the income must be disregarded.

**Please pay attention that it is illegal to take out co-insurance with different health funds. Please therefore make sure that double co-insurance 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 – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**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.**

<b>General information about family members / Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen</b>				
	<b>Spouse / Ehegatte</b>	<b>Child / Kind</b>	<b>Child / Kind</b>	<b>Child / Kind</b>
Name*				
*Please enclose a marriage certificate or proof of descent if your spouse/civil partner or your children bear a different name and you have not already presented these documents. / *Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
First name / Vorname				
Gender (m = male, f = female, x = unknown ) Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f / w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f / w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f / w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f / w) <input type="checkbox"/> (x)
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.)	_____	<input type="checkbox"/> Biological child / leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stepchild / Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild / Enkel <input type="checkbox"/> Foster child / Pflegekind	<input type="checkbox"/> Biological child / leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stepchild / Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild / Enkel <input type="checkbox"/> Foster child / Pflegekind	<input type="checkbox"/> Biological child / leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stepchild / Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild / Enkel <input type="checkbox"/> 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 Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (No / Nein)	<input type="checkbox"/> (No / Nein)	<input type="checkbox"/> (No / Nein)
<b>Information concerning last insurance policy to date or the still-existing insurance of the family members Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen</b>				
The insurance Die bisherige Versicherung  • ended on: endete am:  • was with: bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Type of insurance to date: Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents' co-insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents' co-insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents' co-insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents' co-insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> 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 / Ehegatte	Child / Kind	Child / Kind	Child / Kind
Member is self-employed Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Yes / Ja	<input type="checkbox"/> Yes / Ja	<input type="checkbox"/> Yes / Ja	<input type="checkbox"/> 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) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
Gross pay from minor employment (per month) / Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
Statutory pension, pensions and related benefits, occupational pension, foreign pension, other pensions (monthly amount paid) / Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	€	€	€	€
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) Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein .....€  .....€ (Type of income) (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein .....€  .....€ (Type of income) (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein .....€  .....€ (Type of income) (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein .....€  .....€ (Type of income) (Art der Einkünfte)
School education/Studies (For children above the age of 22, please enclose confirmation of enrolment) Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	from / vom ..... bis / to .....	from / vom ..... bis / to .....	from / vom ..... bis / to .....
Military or civilian service (Please enclose confirmation of period of service) Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	from / vom ..... to /bis .....	from /vom ..... to /bis .....	from /vom ..... to /bis .....

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

	Spouse	Child	Child	Child
Own pension insurance fund number (PIF no.) Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
The following data are only required if a pension insurance fund no has not been allocated. 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 given is correct. I will inform you immediately if any changes are made. This applies in particular if the income of my aforementioned relatives changes (e.g. a new notice of income tax assessment for a self-employed occupation) or if they become members a (different) statutory health insurance fund.  
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 diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Place, Date / Ort, Datum	Member's signature / Unterschrift des Mitglieds  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 required, signature of the family members / ggf. Unterschrift der Familienangehörigen  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 DS-GVO): 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-bei-der-bkk-pwc](http://www.bkk-pwc.de/ueber-uns/datenschutz-bei-der-bkk-pwc) oder in Papierform -rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.