



Antrag auf Familienversicherung

Seite 1 von 2

An die **Continental Betriebskrankenkasse**

E-Mail: mitgliedschaft@continental-bkk.de

Telefon: 0231 557130-2056

Telefax: 0231 557130-2075

Postanschrift: Zentraler Posteingang, 30645 Hannover

Persönliche Angaben des Mitglieds

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon/E-Mail
freiwillige Angabe

Beginn der Familienversicherung

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn einer Mitgliedschaft / Wechsel der Krankenkasse
- Geburt eines Kindes / mehrerer Kinder
- Heirat
- Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft eines Angehörigen
- Sonstiges:

Familienstand:

- ledig
- verheiratet seit
- geschieden seit
- getrennt lebend
- eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.

- Teilnahme am Bonusprogramm

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

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 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.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Nachname bitte fügen Sie beim vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis (z. B. Heiratsurkunde) bei			
Vorname			
Geburtsdatum			
ggf. abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel
Ehegatte ist mit dem Kind verwandt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Name der bisherigen Krankenversicherung			
Ende der Krankenversicherung			
Art der bisherigen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei: <input type="text"/>



Antrag auf Familienversicherung

Seite 2 von 2

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbständiger Tätigkeit bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen	monatlich: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/>
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	monatlich: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/>
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente / Versorgungsbezüge / Betriebsrente / ausländische Rente	monatlich: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/>
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts	monatlich: <input type="text"/> Art der Einkünfte: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/> Art der Einkünfte: <input type="text"/>	monatlich: <input type="text"/> Art der Einkünfte: <input type="text"/>
Schule / Studium: Zeitraum bitte Nachweis beifügen wenn älter als 23 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wehr- oder Zivildienst: Zeitraum bitte Nachweis beifügen wenn älter als 23 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Vergabe der Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sofern noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde, werden folgende Angaben benötigt:			
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Foto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Folgende Optionen zur Bilderfassung / Bildübertragung stehen zur Auswahl:

- 1) E-Mail mit Angabe von Name und Geburtsdatum an mitgliedschaft@continentale-bkk.de
- 2) Online-Fotokabine inkl. Upload-Funktion auf www.continentale-bkk.de
- 3) Foto-App „ePortrait“ mit dem Smartphone

Bestätigung der Angaben / Zustimmung der Familienangehörigen

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer anderen Krankenkasse werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift des Mitglieds	Unterschrift der Familienangehörigen ab 15 Jahre

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.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V erhoben und verarbeitet. Nach § 60 SGB I ist Ihr Mitwirken erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung oder Beendigung der Familienversicherung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter continentale-bkk.de/site/datenschutz oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die Continentale BKK, Sengelmannstr. 120, 22335 Hamburg, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@continentale-bkk.de