



Herzlich. Echt. Verlässlich.

Formulare zur Mitgliedschaft
Membership application form

Beitrittserklärung + Antrag auf
Familienversicherung
Application form for non-contributory
dependants co-insurance

Application Form

R+V Betriebskrankenkasse
65215 Wiesbaden
or fax: 0611 99909-77993

INTERNAL STATISTICAL DATA:

Agency no. (6 digits):

Additional staff:

Surname, first name: _____

Phone: _____

Signature _____

Personal Informations Mr Ms Other

I would like to become a member from (date): _____
(or as soon as possible)

Surname, first name: _____

Phone: _____

Date of birth: _____

Email: _____

Street/no.: _____

Nationality: _____

Postcode/town or city: _____

Order a social security card: Yes

Pension insurance scheme no.: _____

Surname at birth: _____

Place of birth: _____

Country of birth: _____

I am an employee I will be in education/training – doing FSJ/FÖJ voluntary work – doing Federal Volunteer Service

Employer/Education or training provider: _____

Address: _____

Commencement of employment: _____ My employer is related to me: Yes No

I have voluntary insurance as _____

I have drawn/applied for a pension from the statutory pension insurance scheme since/from: _____

I receive maintenance benefits (e.g. occupational pension, state pension, lump-sum benefit).

I have received benefits from the Employment Agency since: _____ ALG I Citizen's income

I am a university/college student since: _____ Name of the university/college: _____
(Please enclose written confirmation).

I am an artist/publicist _____ (Please attach notification from the Artists' Social Security Insurance Fund).

I am self-employed on the side.

In the last 12 months I have been insured without interruption with

Insurance company and location: _____ IK-Nr.: _____

(You can find the IK number (institution code) on the front of your health insurance card at the bottom left)

Start of insurance cover: _____ End of insurance cover: _____

compulsory insurance

voluntary insurance

family insurance

private insurance, as

civil servant: self-employed self-employed (Please attach notice of commercial deregistration)

other: _____

Optional tariff with commitment period

I was insured abroad (Please enclose evidence of health insurance coverage).

I want my spouse and/or my children to be covered by family insurance with R+V BKK: Yes No

R+V BKK may, to the required extent, process the legally collected and stored health data relating to the insured person and use it for providing information and advice. My stored contact details may be used for these purposes.

Place/Date

Signature

I give my express agreement for R+V BKK to store my personal data and use this for the purposes of contacting me. The provision of data is voluntary. In accordance with Articles 15, 16, 17 and 18 of the GDPR, you may at any time ask R+V BKK for access to, rectification, erasure or restriction of individual personal data. You may also use your right of withdrawal at any time and without providing a reason to withdraw your declaration of consent with future effect. You can submit your withdrawal of consent to R+V BKK online, by post or by fax. Statutory long-term care insurance coverage also begins with membership of the BKK.



This form is also available online (in german language only).

Vorname Name des **Mitglieds**/Surname, first name: _____

KV-Nummer/Health insurance number _____

RV-Nummer/Health insurance number _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung (Ersterhebung)

Questionnaire for inclusion in family insurance (initial questions)

Allgemeine Angaben des Mitglieds/General information about the member

Ich bin/war bisher/I am/was previously

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
through my own membership

im Rahmen einer Familienversicherung
as part of family insurance coverage

nicht gesetzlich krankenversichert
not covered by statutory health insurance



versichert bei/insured with _____
Name der Krankenkasse/ Name of the health insurance provider

Familienstand/Marital status:

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet seit _____
Single Married Separated Divorced since Widowed since

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Registered life partnership in accordance with the Civil Partnership Act (LPartG)

(Enter the information under 'spouse' in this case)

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

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
Start of my membership Birth of a child Marriage

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____
End of family member's previous own Other:

Beginn der Familienversicherung/Start of family insurance: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr.: zu erreichen (freiwillige Angabe).

If there are any questions, you can contact me during the day on this phone number (optional): _____

Meine E-Mail-Adresse lautet:

My email address is: _____ (freiwillige Angabe).
(optional).

Angaben zu Familienangehörigen

Information about the family members

WICHTIG: 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 und mit den Kindern verwandt ist – 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.

Very Important: the following data is only required for family members to be insured with us.

However, we also need some information about your spouse/partner even if the family insurance is only for your children. In this case, in addition to the general information, details of the insurance cover of your spouse/partner are required, and – if the spouse/partner does not have statutory insurance and is related to the children – information on his or her income must be provided. Details of these earnings must be supported by proof of income. Any allowances paid in consideration of marital status are not taken into account in the income details.

Please note that simultaneously holding family insurance with different insurance providers is legally prohibited. Please check your details to ensure that double family insurance is excluded.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

General information about the family members

	Ehegatte/Spouse	Kind/Child	Kind/Child	Kind/Child
Name / Surname*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen. / Please attach a marriage certificate or birth certificate if your spouse/partner or children have a different name and you have not already submitted these documents.				
Vorname / First name				
Geschlecht / Gender (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers) (m = male, f = female, x = undisclosed, d = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w/f) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w/f) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w/f) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w/f) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum / Date of the birth				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift Address if different from the member's address				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden) Relationship of the member to the child (*Please also select, 'biological child' if the child is adopted.)	X	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* Biological child* <input type="checkbox"/> Stiefkind Stepchild <input type="checkbox"/> Enkel Grandchild <input type="checkbox"/> Pflegekind Foster child	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* Biological child* <input type="checkbox"/> Stiefkind Stepchild <input type="checkbox"/> Enkel Grandchild <input type="checkbox"/> Pflegekind Foster child	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* Biological child* <input type="checkbox"/> Stiefkind Stepchild <input type="checkbox"/> Enkel Grandchild <input type="checkbox"/> Pflegekind Foster child
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen) Is the member's spouse related to the child? (Please only tick if the member is not related to the child)	X	<input type="checkbox"/> (nein/no)	<input type="checkbox"/> (nein/no)	<input type="checkbox"/> (nein/no)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Details of last or existing insurance of family members

	Ehegatte/Spouse	Kind/Child	Kind/Child	Kind/Child
Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei: (Name der Krankenkasse) The most recent insurance cover ended on/ Provided by (Name of the health insurance provider):				
Art der bisherigen Versicherung Type of previous insurance:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Membership <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Non-statutory	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Membership <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Non-statutory	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Membership <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Non-statutory	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Membership <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Non-statutory
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde. If the previous insurance was family insurance, enter the surname and first name of the person on whose membership the family insurance was based.	Name/First name Vorname/Surname	Name/First name Vorname/Surname	Name/First name Vorname/Surname	Name/First name Vorname/Surname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung) The current insurance will continue with (Name of health insurance provider/fund):		X	X	X

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen – Additional information about family members

	Ehegatte/Spouse	Kind/Child	Kind/Child	Kind/Child
Selbstständige Tätigkeit liegt vor / <i>Self-employed</i>	<input type="checkbox"/> Ja/Yes	<input type="checkbox"/> Ja/Yes	<input type="checkbox"/> Ja/Yes	<input type="checkbox"/> Ja/Yes
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. / <i>Income from self-employment (monthly). Please attach a copy of the latest income tax assessment.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) / <i>Gross earnings from minor („geringfügig“) employment (monthly)</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag) / <i>Statutory pension, maintenance benefits, occupational pension, foreign pension, other pensions (monthly payment amount)</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
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) / <i>Other regular monthly income for the purposes of income tax law (e.g. gross earnings from employment other than minor employment, income from renting and leasing, investment income)</i>	_____ EUR Art der Einkünfte/ Type of income	_____ EUR Art der Einkünfte/ Type of income	_____ EUR Art der Einkünfte/ Type of income	_____ EUR Art der Einkünfte/ Type of income
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen) <i>Education/study (Please attach written confirmation of college/university or student status for children aged 23 or over)</i>	X	vom/_____ /from bis/to _____	vom/_____ /from bis/to _____	vom/_____ /from bis/to _____
Wehrdienst oder gesetzlicher geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) <i>Military service or legally regulated voluntary service (Please attach certificate of service)</i>	X	vom/_____ /from bis/to _____	vom/_____ /from bis/to _____	vom/_____ /from bis/to _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige Information about obtaining a health insurance number for family members covered by family insurance

	Ehegatte/Spouse	Kind/Child	Kind/Child	Kind/Child
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.) <i>Pension insurance number (RV no.)</i>				
Die folgenden Angaben werden <u>nur dann</u> benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. <i>The following information is only required if the person does not yet have a pension insurance number.</i>				
Geburtsname / <i>Surname at birth</i>				
Geburtsort / <i>Place of birth</i>				
Geburtsland / <i>Country of birth</i>				
Staatsangehörigkeit / <i>Nationality</i>				

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.
I hereby confirm the accuracy of this information. I will inform you immediately of any changes. In particular, if my income and/or the income of my family member(s) changes (e.g. new income tax assessment for self-employed persons) or if they become a member of another health insurance fund.

Ort, Datum/Place, Date Unterschrift des Mitglieds/Signature of member ggf. Unterschrift der Familienangehörigen/Signature of family member if applicable

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.
By signing above, I declare that I have obtained the consent of the family members to submit the required data. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus./For separated family members, the signature of the family member is required.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Data protection notice (Article 13 of Regulation (EU) 2016/679): in order for us to carry out an assessment for family insurance, we require your cooperation in accordance with Section 10 para. 6, 289 SGB V [German Social Code book V]. We need to collect this data in order to determine the insurance relationship (Section 10, 284 SGB V, Section 7 KVLG 1989 [German Farmers' Health Insurance Act], Section 25 SGB XI [German Social Code book XI]). Information you volunteer about contact details will only be used for queries regarding your insurance relationship.