

Antrag für die Familienversicherung von Neugeborenen

1. Angaben zum Mitglied

Name _____

Vorname _____

E-Mail, Telefon tagsüber¹ _____

Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte) _____

3. Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes

Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen

Sonstiges: _____

2. Angaben zur Person, die mitversichert werden soll

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner*in² soll beitragsfrei mitversichert werden ab: _____
Tag Monat Jahr

Mein/-e Kind/-er soll/-en beitragsfrei mitversichert werden ab: _____
Tag Monat Jahr

Bei mehr als zwei mitzuversichernden Kindern bitte zusätzlich die dritte und vierte Seite verwenden

4. Familienstand

Ledig Verheiratet Getrennt lebend

Geschieden seit _____ Verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft²

¹ Die Angaben sind freiwillig. ² Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG.

5. Ehe-/Lebenspartner*in

Auch wenn Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner*in nicht bei uns mitversichert werden soll, benötigen wir folgende Angaben

Allgemeine Angaben

Name _____

(Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen)

Vorname _____

Geschlecht (W) (M) (D) (U)³

³ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Ggf. abweichende Anschrift _____

Ehe-/Lebenspartner*in

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

6. Kind/-er

Ich möchte Kind/-er mitversichern:

Kind 1

Name _____

(Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen)

Vorname _____

Geschlecht (W) (M) (D) (U)³

³ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Ggf. abweichende Anschrift _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Kind 2

Name _____

(Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen)

Vorname _____

Geschlecht (W) (M) (D) (U)³

³ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Ggf. abweichende Anschrift _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Warum sind Ihre Angaben zur Familienversicherung wichtig?

Für eine beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen gelten bestimmte gesetzliche Auflagen. Deshalb benötigen wir die Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner*in auch dann, wenn Sie nur Ihre Kinder bei uns versichern wollen – u. a. damit ausgeschlossen ist, dass eine gleichzeitige Versicherung bei verschiedenen Krankenkassen besteht. Ist Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner*in mit den Kindern verwandt, aber nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, benötigen wir Einkommensnachweise. Im Rahmen der gesetzlichen Auflagen erhalten Sie künftig einmal jährlich von uns einen Fragebogen für die Weiterführung der Familienversicherung.

Bisherige Krankenversicherung Mitgliedschaft
 Familienversicherung
 Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

Versichertennummer _____

(Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied

Leibl. Kind (auch adoptiert) Leibl. Kind (auch adoptiert)

Stiefkind Enkelkind Stiefkind Enkelkind

Pflegekind Pflegekind

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner*in ist der leibliche Elternteil des Kindes

Ja Nein

Ja Nein

Mitgliedschaft Mitgliedschaft
 Familienversicherung Familienversicherung
 Nicht gesetzlich Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

Versichertennummer _____

(Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Versicherungszeitraum von _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

Versichertennummer _____

(Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)

Name und Sitz der Krankenkasse _____



Name Vorname

Versichertennummer

Ehe-/Lebenspartner*in

Kind 1

Kind 2

Rentenversicherungs-Nr.
 Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Einkünfte

Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:

Mein/-e Familienangehörige*r/-angehörigen hat/haben eigenes Einkommen Ja

Ja

Ja

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihre/-n Familienangehörigen:

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich⁴ €

€

€

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich €

€

€

durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl.⁴ €

€

€

gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl.⁴ €

€

€

sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich⁴ €

€

€

Art der Einkünfte⁴
 Z. B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung

⁴ Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II Ja

Ja

Ja

Selbstständige Tätigkeit liegt vor Ja

Ja

Ja

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meines/meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese selbst Mitglied einer (anderen) Krankenkasse bzw. einer anderen Krankenversicherung werden.

Datum

Unterschrift des Mitglieds
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen
 Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Schul- oder Studienzzeit

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen

Schule Studium Schule Studium

von von
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

bis bis
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

von von
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

bis bis
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Datenschutzhinweis: 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. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.