

Antrag für die Familienversicherung von Neugeborenen

1. Angaben zum Mitglied

Name _____

Vorname _____

E-Mail, Telefon tagsüber _____

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/-in* soll beitragsfrei mitversichert werden ab: _____
Tag Monat Jahr

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

4. Familienstand

Ledig Verheiratet Getrennt lebend

Geschieden seit _____ Verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft*

*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 Männlich Weiblich

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Ggf. abweichende Anschrift _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

6. Kind/-er

Ich möchte Kind/-er mitversichern:

Kind 1

Name _____

Vorname _____

Geschlecht Männlich Weiblich

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Kind 2

Name _____

Vorname _____

Geschlecht Männlich Weiblich

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

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

Von _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

Versichertennummer _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Name	Vorname	Versichertennummer	
	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind 1	Kind 2
Rentenversicherungs-Nr. Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Geburtsname	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Geburtsort	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Geburtsland	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Staatsangehörigkeit	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Einkünfte

Mein/-e Familienangehöriger/-angehörigen hat/haben eigenes Einkommen Ja

Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:

Ja

Ja

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

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich*	<hr/>	€	<hr/>	€	<hr/>	€
durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	<hr/>	€	<hr/>	€	<hr/>	€
durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl.*	<hr/>	€	<hr/>	€	<hr/>	€
gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl.*	<hr/>	€	<hr/>	€	<hr/>	€
sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich*	<hr/>	€	<hr/>	€	<hr/>	€
Art der Einkünfte* Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen	<hr/>		<hr/>		<hr/>	

*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 Studienzeit

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen

Schule Studium Schule Studium

von

 Tag Monat Jahr von

 Tag Monat Jahr

bis

 Tag Monat Jahr bis

 Tag Monat Jahr

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

von

 Tag Monat Jahr von

 Tag Monat Jahr

bis

 Tag Monat Jahr bis

 Tag Monat Jahr

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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.