

allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name, Vorname des Mitgliedes, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Ich war bisher: im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei _____
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____
 nicht gesetzlich krankenversichert.

Name der Krankenkasse _____
 Name der Krankenkasse _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG ¹

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn einer Mitgliedschaft Geburt eines Kindes Heirat Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen
 sonstiges _____

Beginn der Familienversicherung: _____
 Telefonnummer/Email für Rückfragen (freiwillige Angabe): _____

Angaben zu den Familienangehörigen

Die nachfolgenden Daten sind nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen, ansonsten können Sie uns den Vordruck nach Unterschrift einreichen. 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 Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

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.

Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Nachname ²				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift hier eintragen				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind ²	/	<input type="radio"/> leibliches Kind ³ <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind ³ <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind ³ <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen	/	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein
Wird eine neue Krankenversicherungskarte benötigt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

» Fortsetzung auf der Rückseite

¹ LPartG: Lebenspartnerschaftsgesetz; in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehegatte" zu machen.

² 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 bereits vorgelegt haben.

³ die Bezeichnung "leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden



Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Die bisherige Versicherung ▪ bestand bei <i>Name d. Krankenkasse</i>				
▪ endete am <i>Datum</i>				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich	<input type="radio"/> Mitgliedschaft <input type="radio"/> Familienversicherung <input type="radio"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, geben Sie bitte hier <i>Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde, an</i>				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (<i>Name der gesetzlichen Krankenkasse bzw. privaten Krankenversicherung</i>)		/	/	/

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich; bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich	..... EUR monatlich
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	..... EUR monatlich (Art der Einkünfte)	..... EUR monatlich (Art der Einkünfte)	..... EUR monatlich (Art der Einkünfte)	..... EUR monatlich (Art der Einkünfte)
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

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 selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes

Mit der Unterschrift bestätige ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.