

# ANTRAG AUF FAMILIENVERSICHERUNG



## Persönliche Angaben des hauptversicherten Elternteils

Name/Vorname des Mitglieds		Geburtsdatum oder Versicherungsnummer	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Ich war bisher: <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert		Name der bisherigen Krankenversicherung (sofern nicht BKK Herkules)	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG)			
Telefonnummer (freiwillige Angabe)		eMail (freiwillige Angabe)	
Mein Ehegatte ist: <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert		Name der Krankenversicherung (Ehegatte)	

## Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab \_\_\_\_\_ (Bitte Datum angeben)

Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann ausfüllen, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.				
Familienangehörige (bei Bedarf die Rückseite benutzen)	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Geburtsname (sofern abweichend)				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift (bei Bedarf die Rückseite benutzen)				
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				
Bestand eine eigenständige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse?	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____
Selbstständige 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkommensart: z. B. Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttolohn aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	_____ € Art der Einkünfte:	_____ € Art der Einkünfte:	_____ € Art der Einkünfte:	_____ € Art der Einkünfte:
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab dem 18. Lebensjahr Schulbescheinigung beifügen)		von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____
Wehr-/Zivildienst (bitte Dienstbescheinigung beifügen)		von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____
Rentenversicherungsnummer (sofern vorhanden)				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Über Änderung werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Unterschrift des Hauptversicherten	Datum	Gegebenenfalls die Unterschrift der Familienangehörigen*
------------------------------------	-------	--

\* Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.  
 Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.

Interner Vermerk