

Antrag auf Familienversicherung

Persönliche Angaben des Hauptversicherten

Name/Vorname des Mitglieds		Geburtsdatum
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
Ich war bisher: <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert		Name und Sitz der Krankenversicherung
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG)		<input type="checkbox"/> geschieden seit
Ich bin tagsüber unter folgender Telefonnummer zu erreichen (freiwillige Angabe).		
Mein Ehegatte ist: <input type="checkbox"/> nicht selbst versichert <input type="checkbox"/> selbst versichert bei		Name der Krankenversicherung

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab (Bitte Datum angeben)

Familienangehörige (bei Bedarf die Rückseite benutzen)	Dieses Feld bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen. (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll)			
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift (bei Bedarf die Rückseite benutzen)				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied, z.B. Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel				
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom 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. Bruttoarbeitsentgelt 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)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehr-/Zivildienst (bitte Dienstbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Name und Sitz der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Daten werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde				
Geburtsname				
Geburtsort/-land				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. 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 Mitglieds	Datum	Gegebenenfalls die Unterschrift der Familienangehörigen
----------------------------	-------	---

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