

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.