

Antrag auf Familienversicherung ab: _____ (Datum)

Name des Mitglieds: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher

- ☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
☐ im Rahmen einer Familienversicherung
☐ nicht gesetzlich krankenversichert

versichert bei _____
Name der Krankenkasse

Familienstand des Mitglieds: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehepartner ist

- ☐ bei mir familienversichert
☐ nicht krankenversichert
☐ selbst Mitglied folgender Krankenkasse:
☐ privat krankenversichert bei:

_____ Name der Krankenkasse/privaten Krankenversicherung

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____

Ich bin tagsüber telefonisch/per E-Mail _____ erreichbar (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. **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 Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

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 Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei abweichendem Familiennamen fügen Sie bitte ein Heiratsurkunde bzw. Abstammungsnachweis bei, falls noch nicht geschehen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	_____	☐ Leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ Leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ Leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Angaben zur Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung ☐ endet/e am: ☐ bestand bei: (Name Krankenkasse/priv. Krankenversicherung)				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ private Krankenversicherung ☐ Keine	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ private Krankenversicherung ☐ Keine	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ private Krankenversicherung ☐ Keine	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ private Krankenversicherung ☐ Keine
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Über wen erfolgte die kostenfreie Versicherung? (Name des Mitglieds)	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job)	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
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 Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR 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 Krankenversichertenummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
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 selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

12/2012