

Mitglied

KVNR

Geburtsdatum

BEITRAGSFREIE FAMILIENVERSICHERUNG FÜR MEINE ANGEHÖRIGEN

Für die beitragsfreie Familienversicherung benötigen wir einige Informationen, die sich auf Ihr Kind / Ihre Kinder beziehen und ggf. auch auf Ihren Ehegatten. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN DES MITGLIEDS

Anlass/Beginn für die Aufnahme in die Familienversicherung ab

(bitte Datum eintragen)

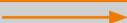
 Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Angaben zum 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)

A. ANGABEN ZU DEN ANGEHÖRIGEN, DIE SIE NEU BEI UNS FAMILIENVERSICHERN WOLLEN

| ALLGEMEINE ANGABEN | | EHEGATTE | KIND | KIND |
|---|---|--|--|--|
| 1 | Vorname | | | |
| 2 | Abweichender Familienname <i>Bitte Geburtsurkunde beifügen.</i> | | | |
| 3 | Geburtsdatum | | | |
| 4 | Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| 5 | Das Kind ist mein ... <i>*die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</i> | | <input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind |
| 6 | Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i> | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| 7 | Abweichende Anschrift Straße PLZ, Ort | | | |
| 8 | Rentenversicherungs-Nr. | | | |
| Zeilen 9–12 nur ausfüllen, falls Ihr Angehöriger noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat. | | | | |
| 9 | Diese Angaben benötigen wir für die Vergabe der lebenslangen, personengebundenen Krankenversicherungsnr. Geburtsname | | | |
| 10 | Geburtsort | | | |
| 11 | Geburtsland | | | |
| 12 | Staatsangehörigkeit | | | |
| ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG | | | | |
| 13 | Wie war Ihr Angehöriger bisher krankenversichert? | <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung | <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung | <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung |
| 14 | Bis wann? Datum | | | |
| 15 | Bei welcher Krankenkasse / Privatversicherung? Name Anschrift | | | |
| 16 | Wer war der Hauptversicherte? Name Geburtsdatum | | | |
| 17 | Hat sich Ihr Angehöriger von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 18 | Wann? Datum | | | |
| | Bei welcher Krankenkasse? Name Anschrift | | | |

 Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

Mitglied

KVNR

Geburtsdatum

ANGABEN ZU EINKÜNF TEN

| | | EHEGATTE | KIND | KIND |
|----|---|--|--|--|
| 19 | Selbstständige Tätigkeit <i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i> | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € |
| 20 | Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € |
| 21 | Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € |
| 22 | Sonstige Renten | Art der Einkünfte | Art der Einkünfte | Art der Einkünfte |
| 23 | Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € | vom <input type="text"/> . <input type="text"/> bis <input type="text"/> . <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) € |
| 24 | „Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung bei Verlust des Arbeitsplatzes)“ | Einmal-/ Sonderzahlung € | Einmal-/ Sonderzahlung € | Einmal-/ Sonderzahlung € |
| 25 | Mein Angehöriger hat Leistungsansprüche nach dem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG o. ä.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT – KIND(ER)

| | | | |
|----|---|---|--|
| 26 | Zurzeit ausgeübte Tätigkeit vom–bis <input type="text"/> . <input type="text"/> vom–bis <input type="text"/> . <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch |
| | | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium |
| 27 | Studium an der Uni/ Fachhochschule Name <input type="text"/> | Wichtig: Falls Schulbesuch/ Berufsausbildung bei Kind ab 23 Jahren, aktuelle Bescheinigung beifügen. Bei Studium im Ausland Studienbescheinigung beifügen. | |
| 28 | Wehr-/Zivil-/Freiwilligendienst geleistet vom–bis <input type="text"/> . <input type="text"/> | Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen. | |

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT – EHEGATTE

Nur ausfüllen, falls Sie Ihren Ehegatten neu bei uns familienversichern wollen.

| | | | |
|----|---|---|--|
| 29 | Mein Ehegatte befindet sich in Mutterschutz | <input type="checkbox"/> ja | <p>Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite</p> |
| 30 | nimmt Elternzeit in Anspruch | <input type="checkbox"/> ja | |
| 31 | voraussichtlich bis Datum <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| 32 | Mein Ehegatte absolviert ein Studium | <input type="checkbox"/> ja | |
| 33 | voraussichtlich bis Datum <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| 34 | an folgender Uni/ Fachhochschule Name <input type="text"/> | | |
| 35 | mein Ehegatte ist verbeamtet | <input type="checkbox"/> ja | |
| 36 | falls „ja“ es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Anspruch auf Krankheitsfürsorge in Anwendung der Beihilfavorschriften | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Bescheinigung des Dienstherrn beifügen. | |
| 37 | Mein Ehegatte übt eine selbstständige Tätigkeit aus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| 38 | mit folgendem Zeitaufwand <input type="text"/> Wochenstunden | | |
| 39 | und beschäftigt Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> ja | |

