

Name, Vorname Hauptversicherter
KVNR Hauptversicherter

Antrag auf Familienversicherung

Familienstand des Hauptversicherten:

☐ verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit

☐ verwitwet seit ☐ getrennt lebend seit

☐ geschieden seit ☐ ledig

Anlass für die Familienversicherung:

☐ Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Zuzug aus dem Ausland am

☐ Beginn der Mitgliedschaft des Hauptversicherten ☐ Unterbrechung der eigenen Versicherung

☐ Heirat ☐ Geburt

☐ Sonstiges:

Bitte geben Sie uns immer die Information zur Krankenversicherung Ihres Ehepartners. Zur Prüfung der Familienversicherung benötigen wir die Angaben auch dann, wenn nur Ihre Kinder familienversichert werden sollen. Besteht keine gesetzliche Krankenversicherung, sind die Einnahmen Ihres Ehepartners anzugeben und zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen. Sofern Ihr Ehepartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, sind keine Angaben zum Einkommen erforderlich. Bei abweichenden Nachnamen benötigen wir eine Kopie der Geburts- beziehungsweise Heiratsurkunde.

Bitte füllen Sie die Felder aus, die für Sie zutreffen:

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung				
Es soll eine Familienversicherung durchgeführt werden	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
Rentenversicherungsnummer				
Abweichende Anschrift				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers, u = unbekannt)	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	--- entfällt ---	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkel	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkel	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkel
Sind Sie mit dem Elternteil des Kindes verheiratet?	--- entfällt ---	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Es besteht oder bestand eine eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	☐ Ja vom bis	☐ Ja vom bis	☐ Ja vom bis	☐ Ja vom bis
Vollständiger Name der Krankenkasse oder Krankenversicherung	bei	bei	bei	bei
Art der Versicherung	☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Schulbesuch oder Studium (bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	--- entfällt ---	vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	--- entfällt ---	vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _
Selbstständige Tätigkeit (bitte eine Kopie des aktuell vorliegenden Einkommensteuerbescheides beifügen) monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €
Geringfügige Beschäftigung (sofern mehrere Beschäftigungen bestanden haben oder bestehen, bitte ein gesondertes Blatt verwenden) bitte monatliche Bruttoeinkünfte eintragen	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ €
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (zum Beispiel: Abfindungen, Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung, private oder gesetzliche Renten, Versorgungsbezüge) bitte monatliche Bruttoeinkünfte eintragen (bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise für jede Einkommensart bei)	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte	☐ Ja vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte vom _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ € Art der Einkünfte

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen, insbesondere im Einkommen meiner Angehörigen, werde ich Sie sofort informieren. Für Rückfragen bin ich telefonisch zu erreichen unter: _____

|_|_|_|_|_|_|_|
Datum

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

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die
Unterschrift der Familienangehörigen aus