

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname _____ Krankenversicherungs-Nr. _____

Ich war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei _____
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____
 (Name der Krankenkasse) nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand ledig verheiratet verwitwet geschieden seit _____
 getrennt lebend Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

* Bitte in diesen Fällen unbedingt alle Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner auch dann vornehmen, wenn der Angehörige nicht bei uns familienversichert ist.

Anlass für die Aufnahme meiner/s Angehörigen in die Familienversicherung

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

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ Meine E-Mail-Adresse lautet: _____
 _____ zu erreichen. _____
 (freiwillige Angabe) (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/Lebenspartner und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner mit den Kindern verwandt und NICHT gesetzlich versichert 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 den Familienangehörigen

	Ehegatte / Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung ab	_____	_____	_____	_____
Name*	_____	_____	_____	_____
<small>*Fügen Sie bitte Heiratsurkunde bzw. Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben. <input type="radio"/> Unterlagen liegen vor (ggf. bitte ankreuzen)!</small>				
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geschlecht *(d=divers, u=unbestimmt)	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/> u	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/> u	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/> u	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/> u
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied <small>*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden</small>		<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <small>Bitte nur bei fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen</small>		<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung

endete am: _____

bestand bei: (Name der Krankenkasse) _____

Art der bisherigen Versicherung:

<input type="radio"/> Mitgliedschaft	<input type="radio"/> Mitgliedschaft	<input type="radio"/> Mitgliedschaft	<input type="radio"/> Mitgliedschaft
<input type="radio"/> Familienversicherung	<input type="radio"/> Familienversicherung	<input type="radio"/> Familienversicherung	<input type="radio"/> Familienversicherung
<input type="radio"/> nicht gesetzlich vers.	<input type="radio"/> nicht gesetzlich vers.	<input type="radio"/> nicht gesetzlich vers.	<input type="radio"/> nicht gesetzlich vers.

Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand;
 Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde

_____	_____	_____	_____
(Vorname, Name)	(Vorname, Name)	(Vorname, Name)	(Vorname, Name)

Name, Vorname _____

Krankenversicherungs-Nr. _____

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte / Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Name der Krankenkasse /Krankenversicherung	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
Erzielte Einkünfte:				
Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung / Minijob (monatlich)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts? <small>Z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus einer mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)</small>	<input type="radio"/> Abfindungen <input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte <input type="radio"/> Rente/ <input type="radio"/> Unfallrente <input type="radio"/> Arbeitsentgelt <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abfindungen <input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte <input type="radio"/> Rente/ <input type="radio"/> Unfallrente <input type="radio"/> Arbeitsentgelt <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abfindungen <input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte <input type="radio"/> Rente/ <input type="radio"/> Unfallrente <input type="radio"/> Arbeitsentgelt <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abfindungen <input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte <input type="radio"/> Rente/ <input type="radio"/> Unfallrente <input type="radio"/> Arbeitsentgelt <input type="radio"/>
Ggf. seit wann?	_____	_____	_____	_____
In Höhe von <input type="radio"/> monatlich / <input type="radio"/> jährlich	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Bürgergeld bezogen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
Wurde ein Rentenantrag gestellt, über den noch nicht entschieden wurde?	<input type="radio"/> Ja, am: _____	<input type="radio"/> Ja, am: _____	<input type="radio"/> Ja, am: _____	<input type="radio"/> Ja, am: _____

Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen.

Schulbesuch / Studium Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte eine Schul- oder Immatrikulationsbescheinigung beifügen.	von _____ bis (voraussichtlich) _____	_____	_____	_____
Das Kind war/ist wegen fehlender Erwerbstätigkeit arbeitslos und erhielt/erhält kein Arbeitslosengeld oder Bürgergeld?	von _____ bis _____	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst geleistet? Bitte Dienstzeitnachweis beifügen	von _____ bis _____	_____	_____	_____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer	_____	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. Gilt auch für Kinder!				
Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend unaufgefordert informieren. **Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Datum/Unterschrift des Mitglieds

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

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.