

Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn der Familienversicherung ab _____

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name _____ Vorname _____ Krankenversicherungsnummer _____

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

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

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

Mein Ehegatte ist selbst versichert:
 nein
 ja, bei: _____
Name, Sitz der Krankenkasse

Ich bin tagsüber unter Telefon-Nr.¹ _____ zu erreichen. E-Mail:¹ _____

¹ Die Angaben sind freiwillig.

2. Angaben zu den 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 nicht zulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name ²				

² Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis (z. B. Geburtsurkunde, Vaterschaftsanerkennung) bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.

Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<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				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind: (³ Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	/	<input type="checkbox"/> leibliches Kind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	/	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endet am: bestand bei (Name der Krankenkasse):	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung):		/	/	/

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung/Mini-Job	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 (Dienstzeitbescheinigung unbedingt beifügen) auch wichtig, wenn bereits beendet.	/	vom bis	vom bis	vom bis

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

Rentenversicherungsnummer				
---------------------------	--	--	--	--

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 selbst Mitglied einer (anderen) Krankenkasse bzw. einer anderen Krankenversicherung werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen

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

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 KVLG1989, § 25 SGB XI) zu erheben.