

# Ihr Antrag auf Familienversicherung



**Mein:e Ehepartner:in ist selbst versichert**  Nein, sie/er soll bei mir familienversichert werden.  
 Ja, bei .....

Die Kasse fürs Leben.

Wichtig!* Angaben für Ehepartner:in bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.	Für folgende Personen beantrage ich beitragsfreie Familienversicherung:			
	Ehepartner:in*	1. Angehörige:r	2. Angehörige:r	3. Angehörige:r
Vorname				
Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d
Familienname (falls abweichend)		Falls abweichend, bitte als Nachweis Geburts- bzw. Heiratsurkunde einreichen.		
Geburtsdatum				
Verwandtschaftsverhältnis		<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der:die Ehepartner:in mit dem Kind verwandt?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anschrift (falls abweichend)				
Sozialversicherungsnummer				
Krankenversicherungsnummer (Sie finden diese auf Ihrer Gesundheitskarte!)				

## Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Wird eine selbständige Tätigkeit ausgeübt? Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich):	<input type="radio"/> ja ..... €	<input type="radio"/> ja ..... €	<input type="radio"/> ja ..... €	<input type="radio"/> ja ..... €
Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen!				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich):	..... €	..... €	..... €	..... €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten (monatlich):	..... €	..... €	..... €	..... €
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (monatlich):	..... €	..... €	..... €	..... €
z.B. Bruttogehalt vers.pfl. Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung, aus Kapitalvermögen etc.				
Schule/Studium bis				
Wehr- oder Zivildienst	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
bisherige Krankenkasse				

Bitte entsprechende Nachweise beifügen. Danke.

Besteht bei der:dem Ehepartner:in eine private Krankenversicherung, ist eine gesonderte Prüfung der Familienversicherung der Kinder erforderlich. Bitte fügen Sie bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr eine Schulzeitbescheinigung bei.

Mit der Verwendung dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden:			
..... Ort, Datum	..... Unterschrift Antragsteller:in	..... Unterschrift Ehepartner:in	..... Unterschrift Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben