

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: www.kkh.de/voraussetzungen)

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname (Mitglied) _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG (in diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig) oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert ja nein

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes¹⁾ ja

¹⁾Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x**	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x**
Familienversicherung wird beantragt ab	_____	_____	_____
Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei)	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (*Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind
	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Bisherige Krankenversicherung	_____	_____	_____
bis	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei	<input type="checkbox"/> familienversichert bei	<input type="checkbox"/> familienversichert bei
Name, Vorname	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

** x = medizinisch unbestimmt, nach § 22 Abs. 3 PStG und der Rechtsprechung vom 07.05.2013 BGBl. I S. 1122 zum 01.11.2013

Bitte wenden!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Arbeitszeit (inkl. Vor- und Nacharbeit)	_____ Std./wöchtl.	_____ Std./wöchtl.	_____ Std./wöchtl.
Höhe des Gewinns	monatl. _____ €	monatl. _____ €	monatl. _____ €
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)			
Bitte Nachweise beifügen	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen)	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____
Schule/Studium vom ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23. Lebensjahr bitte Nachweis beifügen)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Rentenversicherungsnummer	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:			
Geburtsname	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____

Einwilligungserklärungen

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken auch **meine Kontaktdaten speichert**, verarbeitet und nutzt.

Kundenbefragung

KKH Produkte und Services

private Zusatzversicherungen der KKH Kooperationspartner

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen werden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

_____ X _____
 Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

Datenschutz

Datenschutzhinweis (§ 67 a 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 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben.