

# ANTRAG AUF FAMILIENVERSICHERUNG

## Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name  Vorname

Versichertennummer

Familienstand  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

Mein Ehepartner ist selbst versichert  ja, bei der   
 Name und Sitz der Krankenkasse  
 nein  
 nicht gesetzlich versichert (Bitte Einkommensnachweise beifügen.)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung  Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  Sonstiges   
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Beginn der Familienversicherung   
 (bitte Datum angeben)

## Angaben zu Familienangehörigen

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. Wir bearbeiten die Familienversicherungsanträge gesondert. Deshalb kann es sein, dass Sie die Versicherungsbestätigungen und die Versichertenkarten getrennt von denen des Mitglieds erhalten.

## Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

|  | Ehepartner   | Kind  | Kind  | Kind  |
|--|--|---|---|---|
| Name*  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| * Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde beziehungsweise einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehepartner/Lebenspartner beziehungsweise Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben. |  |   |   |   |
| Vorname  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Geschlecht<br>(m = männlich, w = weiblich, d = divers, x = unbestimmt)   | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)                                  | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)                                  | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)<br><input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)                                  |
| Geburtsdatum   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind<br>(die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)   | _____  | <input type="checkbox"/> leibliches Kind<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Ist der Ehepartner mit dem Kind verwandt?<br>(bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)  | _____  | <input type="checkbox"/> (nein)   | <input type="checkbox"/> (nein)   | <input type="checkbox"/> (nein)   |

## Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

|   | Ehepartner  | Kind  | Kind  | Kind  |
|---|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung endet/endete am bestand bei (Name der Krankenkasse)  |   |   |   |   |
| Art der bisherigen Versicherung   | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde | (Vorname)<br>(Nachname)   | (Vorname)<br>(Nachname)   | (Vorname)<br>(Nachname)   | (Vorname)<br>(Nachname)   |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)   |   |   |   |   |

## Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

|   | Ehepartner                  | Kind                        | Kind                        | Kind                        |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 Einkommensteuerbescheides beifügen)   | €                           | €                           | €                           | €                           |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)  | €                           | €                           | €                           | €                           |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlich)  | €                           | €                           | €                           | €                           |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (zum Beispiel Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, sonstige Einkünfte (zum Beispiel Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) | €<br>(Art der Einkünfte)    | €<br>(Art der Einkünfte)    | €<br>(Art der Einkünfte)    | €<br>(Art der Einkünfte)    |
| Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)  | _____                       | vom _____ bis _____         | vom _____ bis _____         | vom _____ bis _____         |
| Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)   | _____                       | vom _____ bis _____         | vom _____ bis _____         | vom _____ bis _____         |

## Angaben zur Vergabe einer Versichertennummer für familienversicherte Angehörige

|   | Ehepartner | Kind | Kind | Kind |
|---|------------|------|------|------|
| Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)   |            |      |      |      |
| 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 Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds

\_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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 aus.

Bitte per Post an: SECURVITA Krankenkasse · Postfach 10 58 29 · 20039 Hamburg oder per E-Mail an: mail@securvita-bkk.de oder per Fax an: 040 3347-9000

**Datenschutzhinweis:** 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. Ihre Rechte sowie allgemeine Informationen können Sie unserer Website [www.securvita.de](http://www.securvita.de) entnehmen.