

Allgemeine Angaben des Mitglieds

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Krankenversicherungs-Nr.

Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei
 (Name der Krankenkasse)

im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand

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

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. zu erreichen.
(freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse lautet:
(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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben. Unterlagen liegen Bereits vor! (ggf. bitte ankreuzen)				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> männl.	<input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> männl.	<input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> männl.	<input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> männl.
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Enkel-, Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte 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	<input type="radio"/> Ja <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:

Mitgliedschaft Mitgliedschaft Mitgliedschaft Mitgliedschaft
 Familienversicherung Familienversicherung Familienversicherung Familienversicherung
 nicht gesetzlich vers. nicht gesetzlich vers. nicht gesetzlich vers. nicht gesetzlich vers.

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Selbständige Tätigkeit liegt vor Ja Ja Ja Ja

Erzielte Einkünfte:

Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich) **Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.**

<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung / Minijob (monatlich)

<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)

<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus einer mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)

	<input type="radio"/> Abfindungen	<input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte	<input type="radio"/> Rente/ Unfallrente	<input type="radio"/> Arbeitsentgelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abfindungen	<input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte	<input type="radio"/> Rente/ Unfallrente	<input type="radio"/> Arbeitsentgelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abfindungen	<input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte	<input type="radio"/> Rente/ Unfallrente	<input type="radio"/> Arbeitsentgelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Abfindungen	<input type="radio"/> Miet- / Zinseinkünfte	<input type="radio"/> Rente/ Unfallrente	<input type="radio"/> Arbeitsentgelt	<input type="radio"/>	
<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€

Ggf. seit wann?

In Höhe von monatlich / jährlich **Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen.**

Wird Arbeitslosengeld II bezogen? Ja Ja Ja Ja

Schulbesuch / Studium **Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte eine Schul- oder Immatrikulationsbescheinigung beifügen.**

von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bis (voraussichtlich)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Das Kind war/ist wegen fehlender Erwerbstätigkeit arbeitslos und erhielt/ erhält kein Arbeitslosengeld I oder II ?

von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wehr- oder Zivildienst geleistet? **bitte Dienstzeitanachweis beifügen**

von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer **Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. Gilt auch für Kinder!**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.