

# FAMILIENVERSICHERUNG

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 unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

## Persönliche Daten (Mitglied)

Name, Vorname				Geburtsdatum			
Anschrift				Familienstand	ledig/unverheiratet <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	

Ich beantrage die Mitversicherung für folgende Familienangehörige ab (Datum):

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Familienname				
Vorname				
ggf. abweichende Anschrift				
Geburtsdatum				
Geburtsname 1)				
Geburtsort 1)				
Staatsangehörigkeit 1)				
Rentenversicherungs-Nr.				
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Verwandtschaftsverhältnis (Bitte ergänzen: Tochter, Sohn, Stief-, Pflege-, Enkel-, Adoptivkind)	/			
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	nein <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>	
Die bisherige Versicherung endete am				
... und sie bestand bei dieser Krankenkasse				
Art der bisherigen Versicherung	eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>	eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>	eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>	eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>
* Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person angeben, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung angeben)				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Bruttoarbeitsentgelt bei geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	Euro	Euro	Euro	Euro
Bezug von Arbeitslosengeld II	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausl. Rente, sonst. Renten (monatlicher Zahlbetrag)	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelm. mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringf. Beschäftigung, Einkünfte aus: Vermietung u. Verpachtung sowie Kapitalvermögl.)	Euro	Euro	Euro	Euro
	Art	Art	Art	Art
Schulbesuch/Studium (von – bis) angeben (Bei Kindern ab 23 Jahren Nachweis beifügen/nachreichen)	/			
Wehr-/Zivildienst (von – bis) angeben (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen/nachreichen)	/			

## Unterschrift

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.

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.

Datum	Unterschrift Mitglied	* ggf. Unterschrift Familienangehörige/r
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>