

FAMILY INSURANCE

FAMILIENVERSICHERUNG

Member's general data Persönliche Daten (Mitglied)	Name, First name Name, Vorname	Date of birth Geburtsdatum		
	Address Anschrift	Family status Familienstand	Unmarried ledig/unverheiratet <input type="checkbox"/>	Married verheiratet <input type="checkbox"/>

Start of family insurance for my spouse/lifepartner and/or children (Date)
Ich beantrage die Mitversicherung für folgende Familienangehörige ab (Datum)

The following data are in principle only required for those relatives who are to be co-insured by us. By way of derogation from this we require individual information about your spouse/civil partner even if the co-insurance is intended exclusively for your children. In this case, besides the general data, we require the information about your spouse's/civil partner's insurance – if the spouse/civil partner does not have statutory insurance and is related to the children; it is imperative to provide evidence of income plus allowances which are paid out of consideration for the family status. The information about the income must be disregarded. **Please pay attention that it is illegal to take out co-insurance with different health funds. Please therefore make sure that double co-insurance is excluded.**

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.**

	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Name Familienname				
First name Vorname				
Address if it differs from that one of the member ggf. abweichende Anschrift				
Date of birth Geburtsdatum				
Name at birth Geburtsname 1)				
Place of birth Geburtsort 1)				
Nationality Staatsangehörigkeit 1)				
Own pension insurance fund number (PIF no.) Rentenversicherungs-Nr.				
Gender Geschlecht	Female weiblich <input type="checkbox"/> Male männlich <input type="checkbox"/>	Female weiblich <input type="checkbox"/> Male männlich <input type="checkbox"/>	Female weiblich <input type="checkbox"/> Male männlich <input type="checkbox"/>	Female weiblich <input type="checkbox"/> Male männlich <input type="checkbox"/>
Relationship between member and child (Please fill out: daughter, son, step-, grand-, foster child) Verwandtschaftsverhältnis (Bitte ergänzen: Tochter, Sohn, Stief-, Pflege-, Enkel-, Adoptivkind)				
Is the spouse related to the child? (Please only cross if this is not the case) Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		No nein <input type="checkbox"/>	No nein <input type="checkbox"/>	No nein <input type="checkbox"/>
The last insurance ended on Die bisherige Versicherung endete am				
... and was with (name of health insurance fund) ... und sie bestand bei dieser Krankenkasse				
Type of insurance to date Art der bisherigen Versicherung	Membership eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents co-insurance* familienversichert* <input type="checkbox"/> Not statutory nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>	Membership eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents co-insurance* familienversichert* <input type="checkbox"/> Not statutory nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>	Membership eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents co-insurance* familienversichert* <input type="checkbox"/> Not statutory nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>	Membership eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Dependents co-insurance* familienversichert* <input type="checkbox"/> Not statutory nicht gesetzlich <input type="checkbox"/>
* Insofar as a dependents' co-insurance already existed, name and first name of the person whose membership is the basis for the dependents' co-insurance * Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person angeben, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
The previous insurance continuous with (Name of health insurance fund/health insurance) Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung angeben)				

FAMILY INSURANCE

FAMILIENVERSICHERUNG

	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Self-employment Selbstständige Tätigkeit liegt vor	Yes ja <input type="checkbox"/>	Yes ja <input type="checkbox"/>	Yes ja <input type="checkbox"/>	Yes ja <input type="checkbox"/>
Profit from self-employed professional activities (Please enclose a copy of the current notice of income tax assessment) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Gross pay from minor employment (per month) Bruttoarbeitsentgelt bei geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	Euro	Euro	Euro	Euro
Entitlement to Unemployment Benefit II Bezug von Arbeitslosengeld II	Yes ja <input type="checkbox"/>	Yes ja <input type="checkbox"/>	Yes ja <input type="checkbox"/>	Yes ja <input type="checkbox"/>
Statutory pension, pensions and related benefits, occupational pension, foreign pension, other pensions (monthly amount paid) Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausl. Rente, sonst. Renten (monatlicher Zahlbetrag)	Euro	Euro	Euro	Euro
Other regular monthly earnings as defined in the income tax law (e.g. gross pay from a more than marginal employment, income from rentals and royalties, income from capital assets)	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 Kapitalvermö.)	Type of income Art	Type of income Art	Type of income Art	Type of income Art
School education/Studies (from/to) (For children above the age of 23, please enclose confirmation of enrollment) Schulbesuch/Studium (von – bis) angeben (Bei Kindern ab 23 Jahren Nachweis beifügen/nachreichen)				
Military service or statutory volunteer work (Please enclose confirmation of period of service) Wehr-/Zivildienst (von – bis) angeben (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen/nachreichen)				

Signature Unterschrift

I confirm that the information given is correct. I will inform you immediately if any changes are made. This applies in particular if the income of my aforementioned relatives changes (e.g. a new notice of income tax assessment for a self-employed occupation) or if they become members a (differ-ent) statutory health insurance fund.

By my signature I declare that the family members have given approval for me to submit the necessary data.
* If the family members live separately, the family member's signature will suffice

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.

Date Datum	Member's signature Unterschrift Mitglied	* If required, signature of the family members * ggf. Unterschrift Familienangehörige/r
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data protection notice (§ 67a SGB X): So that we can assess the family insurance, your participation according to §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V is required. The data are to be collected for determining the insurance relationship (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB X). Voluntary information about contact details will only be used for inquiries about your insurance relationship.

Datenschutzhinweis (§ 67a 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 X) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.