

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung



Information regarding non-contributory family insurance

Stellen Sie den Antrag auch gerne online! Mehr Informationen unter: kkh.de/familienversicherung

You are also welcome to submit the application online! More information at: kkh.de/familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds General details of the member

Name, Vorname (Mitglied) _____
Name, First name (member)

Anschrift _____
Address

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
Date of birth Service number

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
Family status single married living separately divorced widowed

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)
Registered civil partnership pursuant to the Civil Partnership Act - LPartG (in this case, the relevant information should be entered in the 'Spouse' section)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
Reason for admitting my dependent into the family insurance: Start of my membership Birth of a child Marriage

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges _____
Termination of the dependant's previous membership Move in from abroad Other

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
During the day I am available on telephone number (entry optional) mobile number (entry optional)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
or by email (entry optional).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner¹⁾ bei Familienversicherung von Kindern Details of the spouse/civil partner¹⁾ for family insurance of children

Nachfolgende Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner¹⁾ benötigen wir auch dann, wenn ausschließlich Ihre Kinder bei uns familienversichert werden sollen und Ihr Ehegatte/Lebenspartner¹⁾ mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners¹⁾ und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich. Hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

The following information on your partner¹⁾ will also be required if only your children are to be insured with us as family members and your partner¹⁾ is related to them. For this case, you will need information on the partners¹⁾ insurance in addition to the general information and – if the partner¹⁾ is not insured under the law – additional information on their income. The income must be verified in the form of proof of income. Additional payments made in consideration of the family status are not considered when providing information on the income.

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Name, First name Address if different from above

Mein Ehe-/Lebenspartner¹⁾ ist selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) familienversichert nicht gesetzlich versichert.
My spouse/civil partner¹⁾ has their own statutory health insurance (member) is family insured does not have statutory insurance.

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte _____ €
Name/Address of health insurance Amount of monthly income

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) _____
Income type (e.g. earnings from self-employment, salary etc.)

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners¹⁾ ist regelmäßig höher als mein eigenes. ja
The total income of my spouse/civil partner¹⁾ is generally higher than my own. yes

¹⁾ Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

¹⁾ Civil partner includes same-sex persons who have declared their partnership under the Civil Partnership Act (LPartG).

Bitte wenden!
Please turn the page!

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

General information on family dependents

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.

Family insurance cover may not legally be provided in the event of various existing health insurance policies. Please check your details to ensure that there is no duplicate family insurance.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d ²⁾ Spouse f m x v ²⁾	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d ²⁾ Child f m x v ²⁾	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d ²⁾ Child f m x v ²⁾
Familienversicherung wird beantragt ab Family insurance is being applied for from	_____	_____	_____
Name Name	_____	_____	_____

(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

(If the names of the member and his/her relative are not identical, the civil status must be proved once by suitable documents (e.g. marriage certificate, civil partnership certificate, birth certificate) or – if this is not possible (e.g. because they were left behind due to flight or expulsion or if they have been lost) – by other suitable documents (e.g. notification of child benefit („Kindergeld“)).

Vorname First name	_____	_____	_____
Geburtsdatum Date of birth	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift Address if different from above	_____	_____	_____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied Relationship to the member	<input type="checkbox"/> leibl. Kind ³⁾ Bio. child ³⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Stepchild	<input type="checkbox"/> leibl. Kind ³⁾ Bio. child ³⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Stepchild
	<input type="checkbox"/> Enkel Grandchild	<input type="checkbox"/> Pflegekind Foster child	<input type="checkbox"/> Enkel Grandchild	<input type="checkbox"/> Pflegekind Foster child
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt The spouse of the member is related to the child.	<input type="checkbox"/> nein no		<input type="checkbox"/> nein no	

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Information on family dependent's pre-insurance

	Ehegatte Spouse	Kind Child	Kind Child
Bisherige Krankenversicherung Current health insurance	_____	_____	_____
bis until	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert statutorily self-insured	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert statutorily self-insured	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert statutorily self-insured
	<input type="checkbox"/> privat versichert privately insured	<input type="checkbox"/> privat versichert privately insured	<input type="checkbox"/> privat versichert privately insured
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei covered by family insurance at	<input type="checkbox"/> familienversichert bei covered by family insurance at	<input type="checkbox"/> familienversichert bei covered by family insurance at
Name, Vorname Name, First name	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert not insured	<input type="checkbox"/> nicht versichert not insured	<input type="checkbox"/> nicht versichert not insured

²⁾ w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

²⁾ f = female, m = male, x = undetermined, v = various

³⁾ Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

³⁾ The category “bio. child“ also applies in the case of adoption.

Bitte wenden!
Please turn the page!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen
Other information on family dependents

	Ehegatte Spouse	Kind _____ Child	Kind _____ Child
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Self-employed.	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. Employees are employed.	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes
Höhe des Gewinns Amount of earnings	monatl. _____ € monthly	monatl. _____ € monthly	monatl. _____ € monthly
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (Please attach a copy of the income tax assessment!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Gross salary from marginal employment (monthly)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen! Statutory pension, pension provisions, company pension, foreign pension, other pensions (monthly payment amount) Please attach evidence!	_____ €	_____ €	_____ €
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) Other regular monthly income in the terms of the Income Tax Act (e.g. gross salary from greater than marginal employment, income from letting or leasing, income from capital assets – please attach evidence)	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte Type of income	Art der Einkünfte Type of income	Art der Einkünfte Type of income
	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte Type of income	Art der Einkünfte Type of income	Art der Einkünfte Type of income
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Other income (e.g. compensation for loss of employment)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... School/study from ...		_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) until (expected) ... (please enclose evidence for 23 years and over)		_____	_____
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Military or statutory voluntary service from ... to ... (please attach evidence)		_____	_____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)
Information on the allocation of a health insurance number for family-insured dependents (please complete)

	Ehegatte Spouse	Kind _____ Child	Kind _____ Child
Rentenversicherungsnummer Pension insurance number	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: The following details are only required if no pension insurance number has yet been assigned:			
Geburtsname Birth name	_____	_____	_____
Geburtsort Place of birth	_____	_____	_____
Geburtsland Country of birth	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Nationality	_____	_____	_____

Bitte wenden!
Please turn the page!

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.

I hereby confirm the correctness of the details provided. I shall promptly inform you of changes in this regard. This particularly applies if the income of my above-mentioned dependants changes (e.g. new income tax assessment for self-employment) or if they become members of a (different) health insurance.

_____	X	_____
Ort, Datum Place, Date	Unterschrift des Mitglieds Signature of the member	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen Signature of family dependants, if applicable

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.

By signing this declaration, I confirm that I have obtained the consent of the family dependants for submitting the details required. In the case of family dependants living separately, the signature of the family dependant or their legal representative shall suffice.

Datenschutz Data Protection

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Data protection notice (Article 13 of Regulation (EU) 2016/679): In order for us to assess the family insurance, your cooperation is required according to §§ 10 Para. 6, 289 SGB V. The data must be gathered to determine the insurance relationship (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Voluntary information regarding contact details will only be used for queries regarding your insurance relationship.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.
Please send the completed application to KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.