

## Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: [kkh.de/voraussetzungen](http://kkh.de/voraussetzungen))

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname (Mitglied) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Servicezeichen \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung:  Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen  Zuzug aus dem Ausland  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig)  
 oder per E-Mail \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig) zu erreichen.

### Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner\* bei Familienversicherung von Kindern

Name, Vorname \_\_\_\_\_ ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_

Mein Ehe-/Lebenspartner\* ist selbst gesetzlich krankenversichert.  ja  nein

Name/Sitz der Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Höhe seiner mtl. Einkünfte<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ €

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes.<sup>1)</sup>  ja

<sup>1)</sup>Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

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.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d**	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d**	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d**
Familienversicherung wird beantragt ab _____	_____	_____	_____
Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei) _____	_____	_____	_____
Vorname _____	_____	_____	_____
Geburtsdatum _____	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift _____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied _____	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind
<sup>2)</sup> Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

### Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Bisherige Krankenversicherung _____	_____	_____	_____
bis _____	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei _____	<input type="checkbox"/> familienversichert bei _____	<input type="checkbox"/> familienversichert bei _____
Name, Vorname _____	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert

\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.  
 \*\* d = divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG

*Bitte wenden!*

## Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Selbstständige Tätigkeit liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Höhe des Gewinns	monatl. _____ €	monatl. _____ €	monatl. _____ €
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ €	_____ €	_____ €
Bitte Nachweise beifügen!	_____ €	_____ €	_____ €
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)	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____
Schule/Studium vom ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Rentenversicherungsnummer	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:			
Geburtsname	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____

## Einwilligungserklärungen

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken *auch meine Kontaktdaten* bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH *speichert, verarbeitet und nutzt*.

- Kundenbefragung
- KKH Produkte und Services
- private Zusatzversicherungen

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

**X** \_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

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.

## Datenschutz

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 50 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Antragsbearbeitung zur Familienversicherung erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover.