Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

KKH

Keine Lust auf Papier? Stellen Sie den Antrag doch einfach online! Mehr Informationen unter: kkh.de/familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname (Mitglied) _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG[1] (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[1] bei Familienversicherung von Kindern

Nachfolgende Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner[1] benötigen wir auch dann, wenn ausschließlich Ihre Kinder bei uns familienversichert werden sollen und Ihr Ehegatte/Lebenspartner[1] mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners[1] 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.

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____

Mein Ehegatte/Lebenspartner[1] ist ☐ selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert.

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner monatl. Einkünfte _____ €

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) _____

Das Gesamteinkommen meines Ehegatten/Lebenspartners[1] ist regelmäßig höher als mein eigenes. ☐ ja

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 ☐ w ☐ m ☐ x ☐ d[2]	Kind ☐ w ☐ m ☐ x ☐ d[2]	Kind ☐ w ☐ m ☐ x ☐ d[2]
Familienversicherung wird beantragt ab (Datum)			
Nachname			

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.

Vorname			
Geburtsdatum			
ggf. abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied		☐ leibl. Kind[3] ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibl. Kind[3] ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt.		☐ nein	☐ nein

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Bisherige Krankenkasse (Name)			
bis (Datum)			
	☐ selbst gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ familienversichert bei	☐ selbst gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ familienversichert bei	☐ selbst gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ familienversichert bei
Name, Vorname			
	☐ nicht versichert	☐ nicht versichert	☐ nicht versichert

[1] Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.
[2] w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers
[3] Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

Bitte wenden!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Selbstständige Tätigkeit liegt vor.	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt.	☐ ja	☐ ja	☐ 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 _____ €
	_____ Art der Einkünfte	_____ Art der Einkünfte	_____ Art der Einkünfte
Sonstige Einkünfte (z. B Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ...		_____ Datum	_____ Datum
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen)		_____ Datum	_____ Datum
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen)		_____ Datum	_____ Datum

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer 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			

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.

_____	X _____	X _____
Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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

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.

KKH Kaufmännische Krankenkasse · 30125 Hannover · Tel.: 0800 5548640554 · service@kkh.de · kkh.de