

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Information regarding non-contributory family insurance

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)
(General information can be found at kkh.de/voraussetzungen)

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 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/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern Details of the spouse/civil partner* for family insurance of children

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

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

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €
Name/Address of health insurance Amount of monthly income¹⁾

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____
Income type (e.g. earnings from self-employment, salary etc.)¹⁾

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes.¹⁾ ja
The total income of my spouse/civil partner is generally higher than my own.¹⁾ yes

¹⁾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.

¹⁾These entries are only required if the spouse/civil partner does not have their own statutory health insurance and is related to the children for which a family insurance policy is being applied. In this case, the income must be verified by means of proof of income (e.g. income tax assessment). Any supplements that are paid in relation to family status should not be taken into account in the entries on income.

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.
* 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 w m x d** Kind w m x d** Kind w m x d**
Spouse f m x v** Child f m x v** Child f m x v**

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 member

leibl. Kind²⁾ Stiefkind leibl. Kind²⁾ Stiefkind
Bio. child²⁾ Step child Bio. child²⁾ Step child
 Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind
Grand child Foster child Grand child Foster child

²⁾Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

²⁾The category „bio. child“ also applies in the case of adoption.

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt
The spouse of the member is related to the child.

nein nein
no 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

selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert
statutorily self-insured statutorily self-insured statutorily self-insured
 privat versichert privat versichert privat versichert
privately insured privately insured privately insured
 familienversichert bei familienversichert bei familienversichert bei
covered by family insurance at covered by family insurance at covered by family insurance at

Name, Vorname
Name, First name

nicht versichert nicht versichert nicht versichert
not insured not insured not insured

** w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

** f = female, m = male, x = undetermined, v = various

*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
<i>(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (Please attach a copy of the income tax assessment!)</i>			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Gross salary from marginal employment (monthly)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag) 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 Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Military or civil or voluntary service from ... to ... (please attach evidence)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufs- genossenschaft oder anderen Trägern. Recognised benefit claims exist against the pension office, a professional association or other providers.	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes

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 allocated:			
Geburtsname Birth name	_____	_____	_____
Geburtsort Place of birth	_____	_____	_____
Geburtsland Country of birth	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Nationality	_____	_____	_____

Bitte wenden!
Please turn the page!

Einwilligungserklärungen Declaration of consent

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail und Telefon informiert und zu diesen Zwecken *auch meine Kontaktdaten* bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH *speichert, verarbeitet und nutzt*.
I hereby agree that KKH may contact me regarding the topics crossed below by email or telephone, and may also *store, process and use my contact details* for these purposes until the end of my insurance relationship with KKH.

- Kundenbefragung
Customer survey
- KKH Produkte und Services
KKH products and services
- private Zusatzversicherungen
Private supplementary insurance

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.
I may withdraw these declarations of consent at any time by means of a declaration – without stipulations on form – to KKH, such as by telephone, email or letter.

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 Hauptverwaltung, 30125 Hannover.
Please send the completed application to KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover.