



Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Non-contributory family insurance information

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: www.kkh.de/voraussetzungen)
(General information is available at: www.kkh.de/voraussetzungen)

Allgemeine Angaben des Mitglieds General details of the member

Name, Vorname (Mitglied) _____
Surname, 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 dependant 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 spouse/civil partner* for family insurance of children

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

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert ja nein
My spouse/civil partner* has their own statutory health insurance yes no

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 eigenes¹⁾ ja
The total income of my spouse/civil partner is regularly higher than my own¹⁾ 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 eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.
* Civil partner includes same-sex persons who have declared their partnership under the Civil Partnership Act (LPartG).

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen General information on family dependants

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 entries to ensure that there is no duplicate family insurance.

	Ehegatte Spouse	<input type="checkbox"/> w f	<input type="checkbox"/> m m	Kind Child	<input type="checkbox"/> w f	<input type="checkbox"/> m m	<input type="checkbox"/> x** x**	Kind Child	<input type="checkbox"/> w f	<input type="checkbox"/> m m	<input type="checkbox"/> x** x**
Familienversicherung wird beantragt ab Family insurance is being applied for from	_____			_____				_____			
Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei.) Name (please attach proof of identification in the event of a name other than that of the member, e.g. marriage certificate)	_____			_____				_____			
Vorname First name	_____			_____				_____			
Geburtsdatum Date of birth	_____			_____				_____			
ggf. abweichende Anschrift Address if different from above	_____			_____				_____			
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied Relationship to member (*Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden) (*The category 'bio. child' also applies in the case of adoption)				<input type="checkbox"/> leibl. Kind* Bio. child*				<input type="checkbox"/> leibl. Kind* Bio. child*			
				<input type="checkbox"/> Enkel Grand child				<input type="checkbox"/> Enkel Grand child			
				<input type="checkbox"/> Stiefkind Step child				<input type="checkbox"/> Stiefkind Step child			
				<input type="checkbox"/> Pflegekind Foster child				<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 dependants' previous insurance

	Ehegatte Spouse	Kind Child	Kind Child
Bisherige Krankenversicherung, bis Current health insurance, 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 Surname, First name	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert not insured	<input type="checkbox"/> nicht versichert not insured	<input type="checkbox"/> nicht versichert not insured

** x = medizinisch unbestimmt, nach § 22 Abs. 3 PStG und der Rechtsprechung vom 07.05.2013 BGBl. I. S. 1122 zum 01.11.2013

** x = medically undetermined, according to Section 22 (3) Civil Status Act (PStG) and the ruling of 07.05.2013 Federal Law Gazette (BGBl). re. 1122 of 01.11.2013

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen Other information on family dependants

	Ehegatte Spouse	Kind _____ Child	Kind _____ Child
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Self-employment	<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 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 Other regular monthly income in the terms of the Income Tax Act	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) Type of income (e.g. gross salary from greater than marginal employment, income from letting or leasing, income from capital assets – please attach evidence)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... School/studies from ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23. Lebensjahr bitte Nachweis beifügen) until (expected) ... (please attach evidence from 23 years of age)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Military or civilian or voluntary service from ... until ... (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 dependants (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	_____	_____	_____

Einwilligungserklärungen Declaration of consent

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.

I hereby agree that KKH may contact me regarding the topics crossed below by email, telephone, fax or SMS, 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, die das 15. Lebensjahr vollendet haben Signature of family dependants aged 15 and over (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

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

The data are collected and processed in order to fulfil the duties of KKH in accordance with § 284 para. 1 clause 1 no. 1 SGB V and § 94 para. 1 no. 1 in conjunction with § 50 para. 1 SGB XI for the purpose of application processing for family insurance. Further details about data processing and your rights are available on our website: kkh.de/datenschutz

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover
Please send the completed form to: KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover