

FAMILIENVERSICHERUNG TEIL 1

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname

Krankenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum

Familienstand:

ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Ich war bisher:

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert
 nicht gesetzlich krankenversichert versichert

bei

Name der Krankenkasse

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstige

Beginn der Familienversicherung

Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten / Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners und – sofern der Ehegatte / Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind [*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.]		<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung (Name)	endet am:	<input type="text"/>	endet am:	<input type="text"/>	endet am:	<input type="text"/>	endet am:	<input type="text"/>	
	bestand bei:	<input type="text"/>	bestand bei:	<input type="text"/>	bestand bei:	<input type="text"/>	bestand bei:	<input type="text"/>	
Art der bisherigen Versicherung:		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	
	Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Name, Vorname	<input type="text"/>	Name, Vorname	<input type="text"/>	Name, Vorname	<input type="text"/>	Name, Vorname	<input type="text"/>
	Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /-versicherung)	<input type="text"/>							

▶ FAMILIENVERSICHERUNG TEIL 2

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen [2]

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit [Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen]	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts [z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen] [1]	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat
Schulbesuch / Studium [Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen]	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst [Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen]	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer [RV-Nr.]				
---	--	--	--	--

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 insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

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 aus.

Datum	Ort
Unterschrift des Mitglieds	
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen	

Datenschutzhinweis:

§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X):
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150
Service-Telefon 0800 1060100 [kostenfrei]

▶ AUSFÜLLHILFE

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei und füllen Sie außerdem die „Beitrittserklärung Teil 2“ (s. unten) aus!

1. Wenn eine private Krankenversicherung vorliegt, bitte Kopie des Steuerbescheides und gegebenenfalls Bezügemitteilung beifügen.
2. Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehepartner auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehepartner nicht mit den Kindern verwandt ist. Angaben zum Einkommen sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.