Teil 1 Familienversicherung



Name, Vorname			Versichertennummer oder Geburtsdatum						
Familienstand:			Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:						
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet			Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat						
eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG			Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen						
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehegatte" zu machen)			Sonstiger Anlass:						
Ich war bisher:	_								
im Rahmen einer eigenen Mitglie	dschaft versichert								
im Rahmen einer Familienversicl	nerung versichert		Reginn der F	amilienversic	herung (Datum)				
nicht gesetzlich krankenversichert									
Name der bisherigen Krankenkass	е		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)						
Mein Ehegatte ist selbst versichert:			E-Mail (freiwillige Angabe)						
gesetzliche Krankenkasse p	sorge	E Maii (Irawiiiya Aliyada)							
Angaben zu Familien	angehörigen								
Nachfolgende Daten sind grundsåt: Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspar	zlich nur für solche Angehöriger tner auch dann, wenn bei uns a	usschließlich die Fan	nilienversicherun	g für Ihre Kind	ler durchgeführt we	rden soll und l	hr Ehe-/Lebens		
partner mit diesen Kindern verwand dieser nicht gesetzlich versichert is									
belegen und Zuschläge, die mit Rüc	_		_		_				
Bitte beachten Sie, dass eine gleich bitte mit Ihren Angaben sicher, das				ien Krankenka	ıssen rechtlich unzı	ulässig ist. Ste	llen Sie deshal		
bicco inic ini on / ingubon olonoi, dad	o cino dopporto i diffinonvolono	norung aaogooonioo							
Allgemeine Angaben	zu Familienangehö	örigen							
	Ehegatte (1)	Kind		Kind		Kind			
Name (2)									
Name (L)									
Vorname									
vomanic									
Geschlecht	Männlich Weiblich	Månnlich 🔲	Weiblich	Männlich	Weiblich	Månnlic	h Weiblich		
	☐ Divers ☐ Unbestimmt	Divers	Unbestimmt	Divers	Unbestimmt	Divers	Unbestimn		
Geburtsdatum									
and was Mitalian									
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift									
Verwandtschaftsverhältnis		□ Laibliahaa Kir	ad / A dont is dained	□ Loibliche	s Kind/Adoptivkind		hes Kind/Adopti		
des Mitglieds zum Kind		Leibliches Kir	ia/Aaoptivkina	Stiefkind		Stiefkir	, ,		
		Stiefkind		_	l	_	IU		
		☐ Enkel		☐ Enkel	nd.	☐ Enkel	vind		
		Pflegekind		Pflegekir	10	□ Prieger	KINO		
lst Ihr Ehegatte mit dem Kind verwa	ndt?	□ Ja □ Nein		□Ja □I	Nein	Ja	Nein		
Angaben zur letzten	bisherigen/zur wei	ter besteher	nden Versi	cherung	der Familie	nangeh	örigen		
	Ehegatte (1)	Kind		Kind		Kind			
	endet am	endet am		endet am		endet am	1		
Die bisherige Versicherung									
(Name)	bestand bei	bestand bei		bestand b	ei	bestand I	oei		
	Mitgliedschaft	Mitgliedschaf	ft	☐ Mitglieds	schaft	☐ Mitglied	dschaft		
Art der bisherigen Versicherung	Familienversicherung	Familienversi	cherung	Familien	versicherung	☐ Familie	nversicherung		
	☐ Nicht gesetzlich	☐ Nicht gesetzl	ich	☐ Nicht ge	setzlich	☐ Nicht g	esetzlich		
Sofern zuletzt eine Familien-	Name, Vorname	Name, Vornam		Name, Vor		Name, Vo			
versicherung bestand, aus					-				
deren Mitgliedschaft die Familien-									
versicherung abgeleitet wurde									
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei [Name der Kranken-									

Teil 2 Familienversicherung

Selbstständige Tätigkeit liegt vor	Ehegatte (1) Ja Nein	Kind ☐ Ja ☐ Nein		Kind ☐ Ja ☐ Nein		Kind ☐ Ja ☐ Nein		
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit			TKEITI]146111	
(bitte Kopie des aktuellen Einkomm- ensteuerbescheids beifügen)	Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/Monat		Euro,	
Bruttoentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/	
Wird Bürgergeld bezogen? (vormals Arbeitslosengeld II)	□Ja □ Nein	□Ja □	□Ja □ Nein		□ Ja □ Nein		☐ Ja ☐ Nein	
Gesetzliche Rente, Versorgungsbe- züge, Betriebsrente, ausländische Ren- te, sonstige Renten (bitte Nachweise in Kopie beifügen)	Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/	
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommen- steuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsent- gelt aus mehr als geringfügiger Be-	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte		Art der Einkûnfte		Art der Einkünfte		
schäftigung, Einkünfte aus Vermie- tung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen] (1)	Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/Monat		Euro/	
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	vom bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis	
Wehr-, Zivil-, Bundes- oder Jugend- freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom	bis	vom	bis	vom	bis	
Angaben zur Vergabe ei	ner Versichertennu	mmer fi	ür familienv	ersiche	rte Angehöri	ge		
Eigene Rentenversicherungsnummer [RV-Nr., sofern vorhanden]								
Die folgenden Angaben werden nur dan:	n benötigt, wenn noch keine Ren	tenversicher	ungsnummer vergel	en wurde.				
Geburtsname								
Geburtsort								
Geburtsland								
Staatsangehörigkeit								
Staatsangehörigkeit Ich bestätige die Richtigkeit der Angaber verändert (z.B. neuer Einkommensteue Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zusti angehörigen reicht die Unterschrift des	rbescheid bei selbstständiger Tä immung der Familienangehörige	itigkeit) oder	diese Mitglied einer	(anderen) l	Krankenkasse werder	n.	-	
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaber verändert (z.B. neuer Einkommensteue Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zusti	rbescheid bei selbstständiger Tä immung der Familienangehörige	atigkeit) oder n zur Abgabe Date Allge date	diese Mitglied einer der erforderlichen E enschutzhinweis: emeine Datenschutz enschutz. Damit wir	(anderen) I laten erhalte -Informatio die Familien	Krankenkasse werder en zu haben. Bei getro nen finden Sie unter versicherung beurteil	n. ennt lebende www.heimat- len können, is	n Familien- -krankenkass st Ihr Mitwirk	
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaber verändert (z.B. neuer Einkommensteue Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zust angehörigen reicht die Unterschrift des	rbescheid bei selbstständiger Tä immung der Familienangehörige Familienangehörigen aus.	n zur Abgabe Date Allge date \$§ 1 rung Ang.	diese Mitglied einer der erforderlichen D enschutzhinweis: emeine Datenschutz enschutz. Damit wir LO Abs. 6, 289 SGB V gsverhältnisses [§§	(anderen) I aten erhalte -Informatio die Familien erforderlich 10, 284 SGE	Krankenkasse werder en zu haben. Bei getro nen finden Sie unter	n. ennt lebende www.heimat- len können, is lie Feststellu 25 SGB XI) zu	n Familien- krankenkas: st Ihr Mitwirk ng des Versi Jerheben. Fi	

Hinweise

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei!

- [1] Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt, bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides und gegebenenfalls Bezügemitteilung beifügen.
- [2] Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.
- [3] 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 er selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.