

# Familienversicherung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname und Name des Mitglieds .....

Krankenversicherungsnummer .....

## Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung

versichert bei (Name der Krankenkasse) .....

nicht gesetzlich krankenversichert.

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)

Mein Ehegatte ist selbst versichert.  nein  ja, 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  Sonstiges: .....

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefonnummer ..... zu erreichen. (freiwillige Angabe)

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

## Familienangehörige

Beginn der Familienversicherung: .....

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.**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (x)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (x)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (x)	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (x)
Geburtsdatum				
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	-----	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibliches Kind* <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein

