

Antrag auf Familienversicherung

- Hiermit beantrage ich die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unten genannten Familienangehörigen ändert oder diese selbst Mitglied einer Krankenkasse werden. Für meine Kinder ab 23 Jahren habe ich eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beigefügt.
- Ich bin verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners/Lebenspartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Gesundheitskarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 Sozialgesetzbuch V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

Ehepartner/Lebenspartner (Die Angaben sind erforderlich, wenn Sie verheiratet sind oder sich in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden) weiblich männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Eheurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Kind weiblich männlich leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Kind weiblich männlich leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Kind weiblich männlich leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ0000053778
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN:

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die HEK über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir die Mandatsreferenznummer mitteilen.

Bitte ziehen Sie die Beiträge rechtzeitig zum gesetzlichen Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats) ein.

1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die fälligen Beiträge zu Lasten des genannten Kontos einzuziehen. Die Einzugsermächtigung gilt auch für die Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HEK, die fälligen Beiträge und die fällige Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HEK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers