

## Anmeldung von Familienangehörigen zum

### 1 Persönliche Daten des Mitglieds und allgemeine Angaben

Name	Versichertennummer
Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer <sup>1)</sup>	Anlass für die Anmeldung Ihrer Familienangehörigen
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> Geburt des Kindes
<input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> Heirat
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Ich war bisher <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei (Name der Krankenkasse):	
<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei (Name der Krankenkasse):	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	
Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (Name, Sitz der Krankenkasse):	

**Wichtig für Sie:** 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.

### 2 Persönliche Angaben der Familienangehörigen

	Ehe-/eingetragene/ Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
Name (bei abweichenden Nachnamen bitte eine Kopie der Heiratsurkunde bzw. eines Abstammungsnachweises beifügen)				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied (* die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Gemeinsames Kind der Ehepartner		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				

### 3 Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung endete am				
Die bisherige Versicherung bestand bei (Name der Krankenkasse)				
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, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

<sup>1)</sup> Freiwillige Angabe

**4 Sonstige Angaben zu Familienangehörigen**

	Ehe-/eingetragene/r Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit ( <i>bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen</i> )	EUR	EUR	EUR	EUR
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten ( <i>monatlicher Zahlbetrag</i> )	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts	EUR	EUR	EUR	EUR
Art der Einkünfte				
<b>Hinweis:</b> Regelmäßige Einkünfte sind u. a. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung/Verpachtung. Auch Sonderzahlungen (z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld) müssen anteilig mit 1/12 berücksichtigt werden.				
Schulbesuch/Studium ( <i>bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beifügen</i> )		von bis	von bis	von bis
Wehr- oder Zivildienst ( <i>bitte Zeitraum angeben und eine Dienstzeitbescheinigung beifügen</i> )		von bis	von bis	von bis

**5 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			

**6 Einwilligung und Datenschutz**

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren: Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner unter Punkt 2 angegebenen Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich auch, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben** (bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus).

Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten dauerhaft, auch über eine Beendigung der Versicherung oder eine erfolgte Kündigung hinaus oder bis auf Widerruf gegenüber der hkk zur schriftlichen und ggf. auch telefonischen Kontaktaufnahme durch die hkk gespeichert und genutzt werden dürfen, um mich über Produkte und Leistungen der hkk zu informieren und zu beraten.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ort, Datum

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen