

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: www.kkh.de/voraussetzungen)

Bitte beachten Sie: Eine Übersendung als Anhang einer E-Mail dürfen wir nach den gesetzlichen Vorgaben nicht anerkennen!

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname (Mitglied) _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____

Familienstand ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG (in diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Ich war bisher selbst Mitglied familienversichert
 bei _____ Name der Krankenkasse
 nicht gesetzlich krankenversichert

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges _____

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ oder per E-Mail _____ zu erreichen (Angabe freiwillig).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert ja, seit _____ nein, seit _____

Name/Sitz der Krankenversicherung _____

Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ € Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____

¹⁾Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Familienversicherung wird beantragt ab _____	_____	_____	_____
Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei) _____	_____	_____	_____
Vorname _____	_____	_____	_____
Geburtsdatum _____	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift _____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (*Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind _____	Kind _____
Bisherige Krankenversicherung _____	_____	_____	_____
vom ... bis ... _____	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> selbst gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei	<input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> selbst gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei	<input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> selbst gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei
Name, Vorname _____	_____	_____	_____

*) Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Bitte wenden!

