

# Antrag auf Familienversicherung für Neukunden

ab



Allgemeine Angaben des Mitglieds			
Name, Vorname:		KVNR: Krankenversichertennummer	
Tel. <sup>1</sup> (Vorw./Nr.): <small><sup>1</sup>freiwillige Angabe</small>		E-Mail <sup>1</sup> :	
Ich war bisher	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert
versichert bei			

Familienstand des Mitglieds				
<small>Bitte füllen Sie alle Felder aus, auch, wenn Sie diese bereits in vorangegangenen Jahren angegeben hatten.</small>				
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit <small>nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner/in“ zu machen)</small> <input type="text"/>			
Mein*e Ehe-/Lebenspartner*in ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei <input type="text"/> (Name, Sitz der Krankenkasse)		
	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert (in diesem Fall bitte zusätzliche Angaben auf der Rückseite machen)			
Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> Heirat	<input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland
	<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen		<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>	

**Allgemeine Angaben zu Ihren Familienangehörigen** Wichtig für Sie: Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. 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.

	Ehe-/Lebenspartner*in	Kind	Kind	Kind
Name				
<small>(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)</small>				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X
<small>(m = männlich, w = weiblich, d = divers, X = unbestimmt)</small>				
Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied <small>(<sup>2</sup>Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Pflegekind
	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Enkelkind
Gemeinsame Kinder der Ehepartner*innen	<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 <input type="checkbox"/> Nein
Eventuell abweichende Anschrift				
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
KVNR <small>Krankenversichertennummer</small>				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
Die bisherige Versicherung endete am				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die bisherige Versicherung bestand bei				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

hkk10\_fam\_l\_neukunden\_122022\_asf



	Ehe-/Lebenspartner*in	Kind	Kind	Kind
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
Bei Familienversicherung Name und Vorname des Mitgliedes über das die Familienversicherung bisher bestand.	Name			
	Vorname			
Bisherige Versicherung besteht weiter bei				

**Sonstige Angaben zu Familienangehörigen** Zutreffendes bitte ausfüllen und **Nachweise** beifügen!

**Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus...**

...geringfügiger Beschäftigung: [ ] € [ ] € [ ] € [ ] €

...(durchschnittlich) mehr als geringfügiger Beschäftigung: [ ] € [ ] € [ ] € [ ] €

Wird/wurde eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt?\*

	<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 <input type="checkbox"/> Nein
<b>Nachweis:</b> aktueller Einkommensteuerbescheid	Monatlicher Gewinn in € [ ] €	Monatlicher Gewinn in € [ ] €	Monatlicher Gewinn in € [ ] €	Monatlicher Gewinn in € [ ] €

Werden sonstige Leistungen wie gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten bezogen?

**Bitte Nachweise beifügen.** Monatlicher Zahlbetrag in € [ ] € [ ] € [ ] € [ ] €

Gibt es sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) oder sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)?

**Bitte Nachweise beifügen.** Gesamtbetrag in € [ ] € [ ] € [ ] € [ ] €

Sind sie zurzeit in einer Ausbildung? **Ab dem 23. Lebensjahr des Familienangehörigen ist ein Nachweis erforderlich.**

	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium
	<input type="checkbox"/> berufl. Ausbildung	<input type="checkbox"/> berufl. Ausbildung	<input type="checkbox"/> berufl. Ausbildung	<input type="checkbox"/> berufl. Ausbildung
voraussichtlich bis:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Wurde ein Freiwilligendienst geleistet? (z. B. Wehrdienst, Entwicklungshilfe, ökolog./soz. Jahr, Bundesfreiwilligendienst)

**Bitte Nachweise beifügen.**  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein

Wir benötigen die einzelnen Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner\*in, 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/der Ehe-/Lebenspartners/-partnerin und – sofern der/die Ehe-/Lebenspartner\*in nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem/ihren 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. Änderungen der Einkommensverhältnisse (z. B. neuer Steuerbescheid bei Selbstständigen oder Gehaltsänderung bei Angestellten) sind der hkk unverzüglich mitzuteilen.

**Einwilligung und Datenschutz**

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

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

Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Unter [hkk.de/datenschutz](http://hkk.de/datenschutz) erhalten Sie mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten.

[ ]

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitglieds Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

