

Antrag auf Familienversicherung für Neukunden

ab



Allgemeine Angaben des Mitglieds			
Name, Vorname:		KVNR: Krankenversichertennummer	
Tel. ¹ (Vorw./Nr.): <small>¹freiwillige Angabe</small>		E-Mail ¹ :	
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>(Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind ²	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind ²	<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



