

Antrag auf Familienversicherung für Neukunden

ab

Allgemeine Angaben des Mitglieds				
Name, Vorname:		KVNR: Krankenversichertennummer		
Geburtsdatum				
Tel. (Vorw./Nr.):		E-Mail:		
Familienstand des Mitglieds				
Bitte füllen Sie alle Felder aus, auch, wenn Sie diese bereits in vorangegangenen Jahren angegeben hatten.				
☐ ledig		☐ verheiratet		
☐ dauernd getrennt lebend		☐ geschieden		
☐ verwitwet		☐ eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehe-/Lebenspartner“ zu machen)		
Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst versichert	☐ Nein	☐ Ja, bei _____ (Name, Sitz der Krankenkasse)		
	☐ nicht gesetzlich krankenversichert (in diesem Fall bitte zusätzliche Angaben zur Art der bisherigen Versicherung auf der Folgeseite beachten und ergänzen)			
Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung	☐ Beginn meiner Mitgliedschaft	☐ Geburt des Kindes	☐ Heirat	☐ Zuzug aus dem Ausland
	☐ Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen	☐ Sonstiges _____		
Allgemeine Angaben zu Ihren Familienangehörigen				
Wichtig für Sie: Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzliche Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.				
	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name				
* Bei abweichendem Familiennamen 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. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht	☐ m ☐ w ☐ d ☐ X	☐ m ☐ w ☐ d ☐ X	☐ m ☐ w ☐ d ☐ X	☐ m ☐ w ☐ d ☐ X
(m = männlich, w = weiblich, d = divers, X = unbestimmt)				
Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	☐ leibliches Kind ¹	☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind ¹	☐ Pflegekind
	☐ Stiefkind	☐ Enkelkind	☐ Stiefkind	☐ Enkelkind
Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein
Eventuell abweichende Anschrift				
Geburtsdatum				
Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde oder die Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt bzw. nicht bekannt ist				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studiumbescheinigung beifügen)	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja



Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen			
Die bisherige Versicherung endete am			
Die bisherige Versicherung bestand bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)			
Art der bisherigen Versicherung			
☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.			
Name			
Vorname			
Bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)			
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen			
		Zutreffendes bitte ausfüllen und Nachweise beifügen!	
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor?			
☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Wird/wurde eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt?			
☐ Ja Monatlicher Gewinn in EUR , EUR	☐ Ja Monatlicher Gewinn in EUR , EUR	☐ Ja Monatlicher Gewinn in EUR , EUR	☐ Ja Monatlicher Gewinn in EUR , EUR
Werden sonstige Leistungen wie gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten bezogen?			
Bitte Nachweise beifügen. Monatlicher Zahlungsbetrag in EUR , EUR	Monatlicher Zahlungsbetrag in EUR , EUR	Monatlicher Zahlungsbetrag in EUR , EUR	Monatlicher Zahlungsbetrag in EUR , EUR
Gibt es sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) oder sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)?			
Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Bitte Nachweise beifügen. Gesamtbetrag in EUR , EUR	Gesamtbetrag in EUR , EUR	Gesamtbetrag in EUR , EUR	Gesamtbetrag in EUR , EUR
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 der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist. ☐ 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 erhalten Sie mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten.			
Datum ,		Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	
Datum ,		ggf. Unterschrift der Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.	