

# Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung



Keine Lust auf Papier? Stellen Sie den Antrag doch einfach online! Mehr Informationen unter: [kkh.de/meine-kkh/antrag-familienversicherung](http://kkh.de/meine-kkh/antrag-familienversicherung)

## Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname (Mitglied) \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ KVNR \_\_\_\_\_  
Familienstand  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG<sup>1)</sup>  
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. \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig)  
oder per E-Mail \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig) zu erreichen.

## Angaben zum Ehe-/Lebenspartner bei Familienversicherung von Kindern

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen 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 – zusätzlich 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.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_  
Mein Ehe-/Lebenspartner ist  selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied)  familienversichert  nicht gesetzlich versichert.  
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung) \_\_\_\_\_  
Höhe der monatl. Einkünfte \_\_\_\_\_ €  
Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Ehe-/Lebenspartner  w  m  x  d<sup>2)</sup> Kind  w  m  x  d<sup>2)</sup> Kind  w  m  x  d<sup>2)</sup>

Familienversicherung wird beantragt ab (Datum) \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied  leibl. Kind<sup>3)</sup>  Stiefkind  leibl. Kind<sup>3)</sup>  Stiefkind  
 Enkel  Pflegekind  Enkel  Pflegekind  
Der Ehe-/Lebenspartner des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt.  nein  nein  
(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)

## Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

|  | Ehe-/Lebenspartner   | Kind   | Kind   |
|--|--|--|--|
| Die bisherige Versicherung endete am (Datum)                           | _____  | _____  | _____  |
| bestand bei (Name der Krankenkasse)                                    | _____  | _____  | _____  |
| Art der bisherigen Versicherung  | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert (Mitglied)<br><input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert<br><input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert (Mitglied)<br><input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert<br><input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert (Mitglied)<br><input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert<br><input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert |
| Zuletzt familienversichert über die Mitgliedschaft von (Name, Vorname) | _____  | _____  | _____  |

<sup>1)</sup> Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

<sup>2)</sup> Geschlecht w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

<sup>3)</sup> Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

Bitte wenden!

## Angaben zu den Einkünften und sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

|  | Ehe-/Lebenspartner          | Kind _____                  | Kind _____                  |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor.  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Höhe des Gewinns<br>(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!)  | monatl. _____ €             | monatl. _____ €             | monatl. _____ €             |
| Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)<br>Bitte Nachweise beifügen!   | _____ €                     | _____ €                     | _____ €                     |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) | _____ €                     | _____ €                     | _____ €                     |
|  | Art der Einkünfte _____     | Art der Einkünfte _____     | Art der Einkünfte _____     |
|  | _____ €                     | _____ €                     | _____ €                     |
| Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)  | Art der Einkünfte _____     | Art der Einkünfte _____     | Art der Einkünfte _____     |
|  | _____ €                     | _____ €                     | _____ €                     |
| Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (bitte Nachweis beifügen)   |                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Freiwilliger Wehrdienst<br>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)  |                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

|   | Ehe-/Lebenspartner | Kind _____ | Kind _____ |
|---|--------------------|------------|------------|
| Rentenversicherungsnummer   | _____              | _____      | _____      |
| Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: |                    |            |            |
| Geburtsname   | _____              | _____      | _____      |
| Geburtsort  | _____              | _____      | _____      |
| Geburtsland   | _____              | _____      | _____      |
| Staatsangehörigkeit   | _____              | _____      | _____      |

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 Einkommensteuerbescheid 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.

\_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ **X**  
 Ort, Datum                      Unterschrift des Mitglieds                      ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

## 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.