

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung



Information regarding non-contributory family insurance

Stellen Sie den Antrag auch gerne online! Mehr Informationen unter: khh.de/meine-kkh/antrag-familienversicherung

You are also welcome to submit the application online! More information at:

khh.de/meine-kkh/antrag-familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds General details of the member

Name, Vorname (Mitglied) _____
Name, First name (member)

Anschrift _____
Address

Geburtsdatum _____ KVNR _____
Date of birth Insurance number

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
Family status single married living separately divorced widowed

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz¹⁾
Registered civil partnership pursuant to the Civil Partnership Act¹⁾

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
Reason for admitting my dependent into the family insurance: Start of my membership Birth of a child Marriage

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges _____
Termination of the dependant's previous membership Other

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
During the day I am available on telephone number (entry optional) mobile number (entry optional)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
or by email (entry optional).

Angaben zum Ehe-/Lebenspartner¹⁾ bei Familienversicherung von Kindern Details of the spouse/civil partner¹⁾ for family insurance of children

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.

The following data is generally only required for family members who are to be covered by our family insurance. However, we require certain information about your spouse/partner even if we are only providing family insurance for your children and your spouse/partner is related to these children. In this case, in addition to the general information, we require information on the health insurance of the spouse/partner and, if they are not covered by statutory health insurance, additional information on their income; proof of income must be provided in the form of income statements; supplements paid on the basis of marital status are not taken into account in the income information.

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Name, First name Address if different from above

Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) familienversichert nicht gesetzlich versichert.
My spouse/civil partner has their own statutory health insurance (member) is family insured does not have statutory insurance.

Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung) _____
The previous insurance continues with (name of health insurance company/health insurance provider)

Höhe der mtl. Einkünfte _____ €
Amount of monthly income

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) _____
Income type (e.g. earnings from self-employment, salary etc.)

¹⁾ Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

¹⁾ Civil partner includes same-sex persons who have declared their partnership under the Civil Partnership Act (LPartG).

Bitte wenden!
Please turn the page!

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

General information on family dependents

Ehe-/Lebenspartner w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾
 Spouse/life partner f m x v²⁾ Child f m x v²⁾ Child f m x v²⁾

Familienversicherung wird beantragt ab (Datum) _____
 Family insurance is being applied for from (date)

Nachname _____
 Family 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.

In case of a different family name the civil status must be proved once by suitable documents (e.g. marriage certificate, civil partnership certificate, birth certificate) or – if this is not possible – by other suitable documents (e.g. notification of child benefit („Kindergeld“)).

Vorname _____
 First name

Geburtsdatum _____
 Date of birth

ggf. abweichende Anschrift _____
 Address if different from above

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied _____
 Relationship to the member

leibl. Kind³⁾ Stiefkind leibl. Kind³⁾ Stiefkind
 Bio. child³⁾ Stepchild Bio. child³⁾ Stepchild

Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind
 Grandchild Foster child grandchild Foster child

Der Ehe-/Lebenspartner des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt
 (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)
 The spouse/life partner of the member is related to the child.
 (Please only check this box if there is no family relationship)

nein nein
 no no

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Information on family dependent's pre-insurance

Ehe-/Lebenspartner _____ Kind _____ Kind _____
 Spouse/life partner Spouse/life partner Child Child Child

Die bisherige Versicherung endete am (Datum) _____
 The previous insurance ended on (date)

bestand bei (Name der Krankenkasse) _____
 was insured with (name of health insurance company)

Art der bisherigen Versicherung _____
 Kind of previous insurance

gesetzlich versichert (Mitglied) gesetzlich versichert (Mitglied) gesetzlich versichert (Mitglied)
 statutorily self-insured (Member) statutorily self-insured (Member) statutorily self-insured (Member)

gesetzlich familienversichert gesetzlich familienversichert gesetzlich familienversichert
 legally covered by family insurance legally covered by family insurance legally covered by family insurance

privat/nicht gesetzlich versichert privat/nicht gesetzlich versichert privat/nicht gesetzlich versichert
 private/not covered by private/not covered by private/not covered by
 statutory insurance statutory insurance statutory insurance

Zuletzt familienversichert über die
 Mitgliedschaft von (Name, Vorname) _____
 Last covered by family insurance
 through the membership of (last name, first name)

²⁾ Geschlecht: w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

²⁾ Gender: f = female, m = male, x = undetermined, v = various

³⁾ Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

³⁾ The category “bio. child“ also applies in the case of adoption.

Bitte wenden!
 Please turn the page!

Angaben zu den Einkünften und sonstige Angaben zu den Familienangehörigen
Information on income and other information on family dependents

	Ehe-/Lebenspartner Spouse/life partner	Kind _____ Child	Kind _____ Child
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Self-employed.	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes
Höhe des Gewinns (Bitte Kopie des Einkommensteuer- bescheides beifügen!)	monatl. _____ € monthly	monatl. _____ € monthly	monatl. _____ € monthly
Amount of earnings (Please attach a copy of the income tax assessment!)			
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor Minor employment (mini-job) exists	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ €	_____ €	_____ €
Bitte Nachweise beifügen! Statutory pension, pension provisions, company pension, foreign pension, other pensions (monthly payment amount) Please attach evidence!			
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)	_____ €	_____ €	_____ €
Other regular monthly income in the terms of the Income Tax Act (e.g. gross salary from greater than marginal employment, income from letting or leasing, income from capital assets – please attach evidence)			
Art der Einkünfte Type of income	_____	_____	_____
Art der Einkünfte Type of income	_____	_____	_____
Art der Einkünfte Type of income	_____	_____	_____
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ €	_____ €	_____ €
Other income (e.g. compensation for loss of employment)			
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (bitte Nachweis beifügen)		<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes
School attendance/studies for children aged 23 and over (please enclose proof)			
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> ja yes	<input type="checkbox"/> ja yes
Voluntary military service (please enclose certificate of service)			

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)
Information on the allocation of a health insurance number for family-insured dependents (please complete)

	Ehe-/Lebenspartner Spouse/life partner	Kind _____ Child	Kind _____ Child
Rentenversicherungsnummer Pension insurance number	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: The following details are only required if no pension insurance number has yet been assigned:			
Geburtsname Birth name	_____	_____	_____
Geburtsort Place of birth	_____	_____	_____
Geburtsland Country of birth	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Nationality	_____	_____	_____

Bitte wenden!
Please turn the page!

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen 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.

I hereby confirm the correctness of the details provided. I shall promptly inform you of changes in this regard. This particularly applies if the income of my above-mentioned dependants changes (e.g. new income tax assessment for self-employment) or – for children covered by family insurance – the other parent is no longer a member of a statutory health insurance scheme. The parents' marriage must also be reported if the other parent does not have statutory health insurance.

<hr/>	X	X
Ort, Datum Place, Date	Unterschrift des Mitglieds Signature of the member	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen Signature of family dependants, if applicable

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.

By signing this declaration, I confirm that I have obtained the consent of the family dependants for submitting the details required. In the case of family dependants living separately, the signature of the family dependant or their legal representative shall suffice.

Datenschutz Data Protection

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.

Data protection notice (Article 13 of Regulation (EU) 2016/679): In order for us to assess the family insurance, your cooperation is required according to §§ 10 Para. 6, 289 SGB V. The data must be gathered to determine the insurance relationship (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Voluntary information regarding contact details will only be used for queries regarding your insurance relationship.