

## Herzlich willkommen bei der hkk!

### Anmeldung von Familienangehörigen zum

.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

#### 1 Ihre persönlichen Daten

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Familienstand	ledig
Straße, Hausnr.	dauernd getrennt lebend	
PLZ, Wohnort	verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft	
Telefonnummer <sup>1)</sup>	geschieden seit	
E-Mail <sup>1)</sup>		

#### 2 Welche Familienangehörigen sollen bei Ihnen neu mitversichert werden?

	Ehe-/eingetragene/ Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
Name (bei abweichenden Nachnamen bitte eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde beifügen)				
Vorname				
Geschlecht	w m	w m	w m	w m
Verwandtschaftsverhältnis (des Kindes zum Mitglied)		leibliches Kind Stiefkind Pflegetkind Enkelkind	leibliches Kind Stiefkind Pflegetkind Enkelkind	leibliches Kind Stiefkind Pflegetkind Enkelkind
Gemeinsames Kind der Ehepartner		Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja
Geburtsdatum				
Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
ggf. abweichende Anschrift				
bisher versichert als	Mitglied Familien- angehörige/r	Mitglied Familien- angehörige/r	Mitglied Familien- angehörige/r	Mitglied Familien- angehörige/r
Name und Anschrift der Krankenkasse				
Monatliches Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	EUR	EUR	EUR	EUR
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja
Regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts	EUR	EUR	EUR	EUR
Art der Einkünfte				
<b>Hinweis:</b> Regelmäßige Einkünfte sind u. a. Arbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung/Verpachtung, Zahlbetrag der gesetzlichen Renten oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, sonstige Renten. Auch Sonderzahlungen (z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld) müssen anteilig mit 1/12 berücksichtigt werden.				
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		von bis	von bis	von bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Zeitraum angeben und eine Dienstzeitbescheinigung beifügen)		von bis	von bis	von bis

<sup>1)</sup> Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

**3 Bitte nur ausfüllen, wenn Ihre Kinder bei der hkk familienversichert werden sollen** (Erläuterungen siehe „Hinweise zum Begriff Einkommen“)

Ist Ihr Partner\* selbst Mitglied einer Krankenkasse?

Ja, bei (Name und Anschrift der Krankenkasse)

Nein. Wir bitten um folgende Angaben und entsprechende Einkommensnachweise

Eigene Bruttoeinkünfte Ihres Partners\* in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ EUR sowie Sonderzahlungen \_\_\_\_\_ EUR

Höhe der monatlichen Bruttoeinkünfte des **hkk-Mitgliedes** \_\_\_\_\_ EUR

**Hinweise zum Begriff Einkommen:** Bei schwankenden Einkünften ist der monatliche Durchschnitt anzugeben. Bei Einkünften aus nicht selbstständiger Arbeit – hierzu zählen alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung – sind die Werbungskosten (Pauschbetrag jährlich 920,00 EUR; falls höher, die nachgewiesenen Werbungskosten) bei der Ermittlung der monatlichen Einkünfte in Abzug zu bringen. Angaben zum Bruttoeinkommen des Ehepartners werden erforderlich, wenn dieser **nicht** Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist (z. B. AOK, BKK, IKK, Ersatzkasse) und für ein Kind die Familienversicherung beantragt wird.

**4 Einwilligung und Datenschutz**

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren: Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unter Punkt 2 angegebenen Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich auch, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben** (bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus).

Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten dauerhaft, auch über eine Beendigung der Versicherung oder eine erfolgte Kündigung hinaus oder bis auf Widerruf gegenüber der hkk zur schriftlichen und telefonischen Kontaktaufnahme durch die hkk gespeichert und genutzt werden dürfen, um mich über Produkte und Leistungen der hkk zu informieren und zu beraten.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des Ehepartners/der Ehepartnerin bzw. des eingetragenen Lebenspartners/der eingetragenen Lebenspartnerin

Unterschrift der Familienangehörigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

\* Ehepartner/Ehepartnerin bzw. eingetragener Lebenspartner/ eingetragene Lebenspartnerin

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.