

# Anmeldung von Familienangehörigen zum

## 1 Persönliche Daten des Mitglieds und allgemeine Angaben

Name	Versichertennummer
Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer *	Anlass für die Anmeldung Ihrer Familienangehörigen
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet
Ich war bisher	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei (Name der Krankenkasse): <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei (Name der Krankenkasse): <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert
Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei (Name, Sitz der Krankenkasse):

**Wichtig für Sie:** Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen **zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen** und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**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.**

## 2 Persönliche Angaben der Familienangehörigen

	Ehe-/eingetragene/r Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
Name (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.)				
Vorname				
Geschlecht (w = weiblich, m = männlich, X = unbestimmt, D = divers)	w m X D	w m X D	w m X D	w m X D
Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied (** Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)		leibliches Kind** Stiefkind Pflegekind Enkelkind	leibliches Kind** Stiefkind Pflegekind Enkelkind	leibliches Kind** Stiefkind Pflegekind Enkelkind
Gemeinsames Kind der Ehepartner		Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja
Geburtsdatum				
Krankenversichertennummer				
ggf. abweichende Anschrift				

## 3 Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung endete am				
Die bisherige Versicherung bestand bei (Name der Krankenkasse)				
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				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

\* Freiwillige Angabe

#### 4 Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/eingetragene/ Lebenspartner/in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	Ja	Ja	Ja	Ja
Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	EUR		EUR	EUR
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	EUR		EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (Monatlicher Zahlbetrag, bitte Kopie des aktuellen Bescheides beifügen)	EUR		EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (bitte Kopie des aktuellen Ein- kommensteuerbescheides beifügen) bzw. sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) (Bitte Nachweis beifügen)	EUR		EUR	EUR
Art der Einkünfte				
<b>Hinweis:</b> Regelmäßige Einkünfte sind u. a. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung/Verpachtung. 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
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Zeitraum angeben und eine Dienstzeitbescheinigung beifügen)		von bis	von bis	von bis

#### 5 Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

#### 6 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 meiner Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren: Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner unter Punkt 2 angegebenen Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) 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 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ort, Datum

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen