

Anmeldung von Familienangehörigen zum

1 Persönliche Daten des Mitglieds und allgemeine Angaben

Name	Versichertennummer
Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer ¹⁾	Anlass für die Anmeldung Ihrer Familienangehörigen
Familienstand	<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<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 abweichenden Nachnamen bitte eine Kopie der Heiratsurkunde bzw. eines Abstammungsnachweises beifügen)				
Vorname				
Geschlecht (w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt)	w m	w m x	w m x	w m x
Verwandschaftsverhältnis 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)				

¹⁾ Freiwillige Angabe

4 Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/eingetragene/r Lebenspartner/in		Kind		Kind		Kind	
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Selbstständige Tätigkeit liegt vor								
Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)		EUR		EUR		EUR		EUR
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung		EUR		EUR		EUR		EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)		EUR		EUR		EUR		EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts		EUR		EUR		EUR		EUR
Art der Einkünfte								
Hinweis: 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		von		von	
			bis		bis		bis	
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligen- dienst (bitte Zeitraum angeben und eine Dienstzeit- bescheinigung beifügen)			von		von		von	
			bis		bis		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

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

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