

Antrag auf Familienversicherung für Neugeborene

ab



Persönliche Daten		
Name:	Vorname:	KVNR: Krankenversichertennummer
Tel. ¹ (Vorw./Nr.): ¹ freiwillige Angabe		E-Mail ² :

Familienstand der/des Hauptversicherten		Bitte füllen Sie alle Felder aus, auch wenn Sie die Angaben bereits in vorangegangenen Jahren gemacht haben.	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit <input type="text"/>		
Mein*e Ehe-/Lebenspartner*in ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei <input type="text"/> (Name, Sitz der Krankenkasse)	
		<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert (In diesem Fall bitte zusätzliche Angaben auf der Rückseite machen ²)	

²Angaben werden nur benötigt, wenn Ihr*e Ehe-/Lebenspartner*in mit dem Kind verwandt ist.

Allgemeine Angaben zu Ihren Familienangehörigen

	Kind	Kind	Kind
Name (Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem/der 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 (m=männlich, w=weiblich, d=divers, X=unbestimmt)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> X
Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied (*Die Bezeichnung „Leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Gemeinsame Kinder der Ehepartner*innen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eventuell abweichende Anschrift			
Hat das Kind bereits regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts? ⁴ ⁴ Hier sind alle Einkünfte wie z. B. Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, gesetzliche Renten, außer Kindergeld nach Bundeskindergeldgesetz, anzugeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/> €

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

Bitte Folgeseite beachten ▶



Allgemeine und Einkommensangaben zum/zur Ehe-/Lebenspartner*in		Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr*e Ehe-/Lebenspartner*in nicht gesetzlich versichert ist.
Name der privaten Krankenversicherung/des anderweitigen Versicherungsträgers		
Selbstständige Tätigkeit liegt vor ⁵	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
⁵ Bei Ja: Wird in diesem Zusammenhang mindestens eine angestellte/beschäftigte Person mehr als geringfügig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. €	
Bruttoarbeitsentgelt aus Beschäftigung (mtl.) Bitte Kopie der aktuellen Gehaltsbescheinigung beifügen. €	
Einmalzahlung (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) €	
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) €	
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts ⁶ (⁶ z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen.) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. € (Art der Einkünfte)	
Wir benötigen die einzelnen Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner*in, 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/der Ehe-/Lebenspartners/-partnerin und – sofern der/die Ehe-/Lebenspartner*in nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem/ihrer 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. Änderungen der Einkommensverhältnisse (z. B. neuer Steuerbescheid bei Selbstständigen oder Gehaltsänderung bei Angestellten) sind der hkk unverzüglich mitzuteilen.		

Einwilligung und Datenschutz	
<p>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.</p> <p>Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren: Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.</p> <p><input type="checkbox"/> 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. Unter hkk.de/datenschutz erhalten Sie mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten.</p>	
..... Datum Unterschrift des Mitglieds Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

