

# classic Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

## 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name	Vorname	geboren am	KVNR:
Familienstand:			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ * <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ * (*In diesen Fällen sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen.) <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebensgemeinschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG <small>(In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen.)</small>			
Ich war bisher			
<input type="checkbox"/> selbst versichert bei _____ (Name der Krankenkasse) <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ (Name des Mitgliedes), geb. _____ (Geb.datum des Mitgliedes), bei _____ (Name und Ort der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde) <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert			
Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen (freiwillige Angabe)			

## 2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck unterschrieben zurückreichen. **Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehepartner auch dann ein, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.** Dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehepartners sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist oder mit den Kindern nicht verwandt ist.

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht und Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) _____	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel
Geburtsdatum				
Rentenversicherungsnummer bzw. Geburtsname/ Geburtsland, - ort				
Familienversicherung ab				
ggf. abweichende Anschrift				
Eigene Versicherung bei einer Krankenkasse. <small>Bei einer privaten Krankenversicherung ist eine Einkommensbescheinigung beizufügen.</small>	von bis _____ Name d. Krankenkasse	von bis _____ Name d. Krankenkasse	von bis _____ Name d. Krankenkasse	von bis _____ Name d. Krankenkasse
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	von bis	von bis	von bis	von bis
Bruttoarbeitsentgelt (mtl.) aus geringfügiger Beschäftigung <small>(sofern nicht regelmäßig oder der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden)</small>	EUR	EUR	EUR	EUR
Regelmäßige Einkünfte i. S. d. Einkommenssteuerrechts <small>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung)</small>	EUR	EUR	EUR	EUR
Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder sonstiger Renten	..... Art der Einkünfte	..... Art der Einkünfte	..... Art der Einkünfte	..... Art der Einkünfte
Zeitraum, für den Einkünfte erzielt wurden bzw. werden	_____	_____	_____	_____
Schulbesuch/ Studium <small>(bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung oder Kopie der Einschreibung beifügen)</small>	_____	von bis	von bis	von bis
Wehr-/ Zivildienst <small>(bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	_____	von bis	von bis	von bis
<b>Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde</b>				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. **Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.** Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o.a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschriften der Familienangehörigen

bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus

## **Familienversicherung**

**Sehr geehrtes IKK- Mitglied,**

**mit dem beigefügten Antrag beantragen Sie die Familienversicherung für einen Angehörigen. Um die Bearbeitung Ihres Antrages zu beschleunigen, bitten wir um eine kurze Begründung, warum die Familienversicherung bei unserer Kasse durchgeführt werden soll. Fügen Sie entsprechende Bescheinigungen dem Antrag bei.**

**Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:**

- Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bzw. Ende der Familienversicherung bei anderen Krankenkasse (Bescheinigung der Vorkasse beilegen)**
- Heirat (Heiratsurkunde und Bescheinigung der Vorkasse beilegen)**
- Geburt (bei abweichendem Familiennamen - Geburtsbescheinigung beilegen)**
- Arbeitslosengeld II- Bezug ( Bewilligungsbescheid und Bescheinigung der Vorkasse beilegen)**
- Studium (Studienbescheinigung und Bescheinigung der Vorkasse beilegen)**
- Ende der selbständigen Tätigkeit ( Gewerbeabmeldung und Bescheinigung der Vorkasse- auch von privaten Krankenversicherungen- beilegen)**
- Zuzug aus dem Ausland (Aufenthaltsgenehmigung bzw. Visum beilegen)**
- Sonstige Gründe** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Mitglieds**