

Antrag auf Familienversicherung

Gewünschter Beginn zum



Kostenfreie Versicherung für Angehörige des Mitglieds.
Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen.

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Frau Herr Divers
T T M M J J J J

Familienstand: ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft¹ verwitwet getrennt lebend geschieden

1 = nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben auf diesem Antrag unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist selbst gesetzlich krankenversichert: nein ja, bei nachfolgender Krankenkasse:

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn einer Mitgliedschaft Geburt eines Kindes Heirat/Begründung einer Lebenspartnerschaft¹
 Beendigung einer vorherigen, eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges:

2. Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Wir benötigen die einzelnen Angaben Ihres Ehegatten oder Lebenspartners¹ auch dann, wenn nur für die Kinder eine Familienversicherung durchgeführt wird. In diesem Fall sind auch die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners wichtig. Ist der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit dem Kind verwandt, so sind zudem Angaben und Nachweise zum Einkommen notwendig. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei 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.

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name <small>(Bei abweichenden Zunamen bitte Heirats- bzw. Geburtsurkunde beifügen)</small>				
Vorname				
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich, d = divers, x = unbestimmt)</small>	<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	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x
Geburtsdatum				
Eventuell abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied <small>(* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>	X	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	X	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Die <u>bisherige</u> Versicherung besteht/ bestand bei <small>(Bitte Name der Krankenkasse angeben)</small>				
Die <u>bisherige</u> Versicherung endete am				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Name Vorname	Name Vorname	Name Vorname	Name Vorname



	T	T	M	M	J	J	J	J
--	---	---	---	---	---	---	---	---

Name, Vorname des Mitglieds

Geburtsdatum

4. Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Werden Einkünfte erzielt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit	seit/vom bis	seit/vom bis	seit/vom bis	seit/vom bis
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit <small>Bitte monatlichen Betrag angeben und Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen</small>	EURO	EURO	EURO	EURO
wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden
Beschäftigung von Arbeitnehmern <small>(Bitte geben Sie im Fall der Beschäftigung von Arbeitnehmern die Anzahl und das monatlich gezahlte Arbeitsentgelt aller Beschäftigten an)</small>	Anzahl:	Anzahl:	Anzahl:	Anzahl:
	Arbeitsentgelt: EURO	Arbeitsentgelt: EURO	Arbeitsentgelt: EURO	Arbeitsentgelt: EURO
Monatliches Einkommen aus Arbeitsverhältnis/Mini-Job <small>(Bitte Gehaltsabrechnung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job
	<input type="checkbox"/> mehr als geringfügig	<input type="checkbox"/> mehr als geringfügig	<input type="checkbox"/> mehr als geringfügig	<input type="checkbox"/> mehr als geringfügig
	EURO	EURO	EURO	EURO
Regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <small>z. B. Arbeitsentgelt; Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung/Verpachtung; Unterhalt; sonstige Einkünfte</small> <small>(Bitte Nachweis/e beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen
	EURO	EURO	EURO	EURO
	<input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung
	EURO	EURO	EURO	EURO
<input type="checkbox"/> Unterhalt	<input type="checkbox"/> Unterhalt	<input type="checkbox"/> Unterhalt	<input type="checkbox"/> Unterhalt	
EURO	EURO	EURO	EURO	
<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte	
EURO	EURO	EURO	EURO	
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatl. Zahlbetrag) <small>(Bitte Nachweis/e beifügen)</small>	EURO	EURO	EURO	EURO
Schulbesuch/ Studium <small>(Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte Schul-/ Studienbescheinigung beifügen)</small>	X	seit/vom	seit/vom	seit/vom
	X	bis	bis	bis
Wehr-/Zivil- oder Freiwilligendienst <small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	X	seit/vom	seit/vom	seit/vom
	X	bis	bis	bis

5. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort/-land				
Staatsangehörigkeit				

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter www.salus-bkk.de/datenschutz.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zu Abgabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder des Mitgliedes aus.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	Unterschrift aller Familienangehörigen (ab Vollendung des 15. Lebensjahres; Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift)
-------------------	-----------------------------------	--