


Antrag auf Familienversicherung

FAMILIENANGEHÖRIGE VON


Nachname, Vorname **Mitglied**

Geburtsdatum




Folgende Familienangehörige sollen beitragsfrei mitversichert werden. Bitte geben Sie die Daten Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin an, auch wenn nur Ihre Kinder mitversichert werden sollen.

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Nachname	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____
Rentenversicherungsnummer	_____	_____	_____	_____
Versichertennummer, siehe Gesundheitskarte	_____	_____	_____	_____
Beginn der Familienversicherung	_____	_____	_____	_____
Mitversicherung d. Ehepartners	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
ggf. abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten: leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel		_____	_____	_____

Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Einkommensart: z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, BaföG, Arbeitslosengeld	_____	_____	_____	_____

Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis ... (ab dem 23. Geburtstag Bescheinigung beifügen)		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ
Name der jetzigen Krankenkasse (privat versicherte Ehepartner bitte Einkommensnachweis beifügen)	_____	_____	_____	_____

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen erhöht oder einer der oben genannten Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.

 _____ Datum, Unterschrift neues Mitglied	 _____ Datum, Unterschrift Ehepartner/Ehepartnerin*	 _____ Datum, Unterschrift Kind (ab dem 16. Geburtstag)*
--	--	---

* Ich bin damit einverstanden, dass Sie meine angegebenen Daten zur Prüfung der Familienversicherung nutzen.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE.