

Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung für Neugeborene

1. Angaben zum Mitglied

Nachname _____

Vorname _____

E-Mail, Telefon tagsüber¹ _____

Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

3. Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes

Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen

Sonstiges: _____

2. Angaben zur Person, die mitversichert werden soll

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner:in² soll beitragsfrei mitversichert werden ab:

Tag Monat Jahr

Mein/-e Kind/-er soll/-en beitragsfrei mitversichert werden ab:

Tag Monat Jahr

4. Familienstand

Ledig Verheiratet Getrennt lebend

Geschieden seit _____ Verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft²

¹ Die Angaben sind freiwillig. ² Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG.

5. Ehe-/Lebenspartner:in

Auch wenn Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner:in nicht bei uns mitversichert werden soll, benötigen wir folgende Angaben

Allgemeine Angaben

Name _____

(Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen)

Vorname _____

Geschlecht

³ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt

Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

Ggf. abweichende Anschrift

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Ehe-/Lebenspartner:in

(W) (M) (D) (U)³

Tag Monat Jahr

Straße Hausnummer

PLZ Ort

6. Kind/-er

Ich möchte Kind/-er mitversichern:

Kind 1

(W) (M) (D) (U)³

Tag Monat Jahr

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Kind 2

(W) (M) (D) (U)³

Tag Monat Jahr

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Warum sind Ihre Angaben zur Familienversicherung wichtig?

Für eine beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen gelten bestimmte gesetzliche Auflagen. Deshalb benötigen wir die Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner:in auch dann, wenn Sie nur Ihre Kinder bei uns versichern wollen – u. a. damit ausgeschlossen ist, dass eine gleichzeitige Versicherung bei verschiedenen Krankenkassen besteht. Ist Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner:in mit den Kindern verwandt, aber nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, benötigen wir Einkommensnachweise. Im Rahmen der gesetzlichen Auflagen erhalten Sie künftig einmal jährlich von uns einen Fragebogen für die Weiterführung der Familienversicherung.

Bisherige Krankenversicherung

Mitgliedschaft

Familienversicherung

Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum

von _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

Versichertennummer

(Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied

Leibl. Kind (auch adoptiert)

Leibl. Kind (auch adoptiert)

Stiefkind Enkelkind

Stiefkind Enkelkind

Pflegekind

Pflegekind

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner:in ist der leibliche Elternteil des Kindes

Ja Nein

Ja Nein

Mitgliedschaft

Mitgliedschaft

Familienversicherung

Familienversicherung

Nicht gesetzlich

Nicht gesetzlich

von _____
Tag Monat Jahr

von _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

bis _____
Tag Monat Jahr

Versichertennummer

Versichertennummer

Name und Sitz der Krankenkasse

Name und Sitz der Krankenkasse



