

Mitglied

KVNR

Geburtsdatum

BEITRAGSFREIE FAMILIENVERSICHERUNG FÜR MEINE ANGEHÖRIGEN

Für die beitragsfreie Familienversicherung benötigen wir einige Informationen, die sich auf Ihr Kind / Ihre Kinder beziehen und ggf. auch auf Ihren Ehegatten. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN DES MITGLIEDS

Anlass/Beginn für die Aufnahme in die Familienversicherung ab

(bitte Datum eintragen)

 Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Angaben zum Familienstand des Mitglieds

 ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

A. ANGABEN ZU DEN ANGEHÖRIGEN, DIE SIE NEU BEI UNS FAMILIENVERSICHERN WOLLEN

ALLGEMEINE ANGABEN		EHEGATTE	KIND	KIND
1	Vorname			
2	Abweichender Familienname <i>Bitte Geburtsurkunde beifügen.</i>			
3	Geburtsdatum			
4	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
5	Das Kind ist mein ... <i>*die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</i>		<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
6	Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
7	Abweichende Anschrift Straße PLZ, Ort			
8	Rentenversicherungs-Nr.			
Zeilen 9–12 nur ausfüllen, falls Ihr Angehöriger noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.				
9	Diese Angaben benötigen wir für die Vergabe der lebenslangen, personengebundenen Krankenversicherungsnr. Geburtsname			
10	Geburtsort			
11	Geburtsland			
12	Staatsangehörigkeit			
ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG				
13	Wie war Ihr Angehöriger bisher krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung
14	Bis wann? Datum			
15	Bei welcher Krankenkasse / Privatversicherung? Name Anschrift			
16	Wer war der Hauptversicherte? Name Geburtsdatum			
17	Hat sich Ihr Angehöriger von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18	Wann? Datum			
	Bei welcher Krankenkasse? Name Anschrift			

 Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

Mitglied

KVNR

Geburtsdatum

ANGABEN ZU EINKÜNFTE

		EHEGATTE		KIND		KIND	
19	Selbstständige Tätigkeit <i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i>	vom		vom		vom	
		bis		bis		bis	
		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	
20	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	vom		vom		vom	
		bis		bis		bis	
		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	
21	Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente	vom		vom		vom	
		bis		bis		bis	
		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	
22	Sonstige Renten	Art der Einkünfte		Art der Einkünfte		Art der Einkünfte	
23	Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom		vom		vom	
		bis		bis		bis	
		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	
		Einmal-/ Sonderzahlung €		Einmal-/ Sonderzahlung €		Einmal-/ Sonderzahlung €	
24	„Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung bei Verlust des Arbeitsplatzes)“	Art der Einkünfte		Art der Einkünfte		Art der Einkünfte	
25	Mein Angehöriger hat Leistungsansprüche nach dem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja	

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT – KIND(ER)

26	Zurzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch		<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch	
	vom–bis				
	vom–bis				
27	Studium an der Uni / Fachhochschule	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium		<input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium	
	Name				
28	Wehr-/Zivil-/Freiwilligendienst geleistet				
	vom–bis				

Wichtig: Falls Schulbesuch / Berufsausbildung bei Kind ab 23 Jahren, aktuelle Bescheinigung beifügen. Bei Studium im Ausland Studienbescheinigung beifügen.

Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen.

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT – EHEGATTE

Nur ausfüllen, falls Sie Ihren Ehegatten neu bei uns familienversichern wollen.

29	Mein Ehegatte befindet sich in Mutterschutz	<input type="checkbox"/> ja	
30	nimmt Elternzeit in Anspruch	<input type="checkbox"/> ja	
31	voraussichtlich bis Datum		
32	Mein Ehegatte absolviert ein Studium	<input type="checkbox"/> ja	
33	voraussichtlich bis Datum		
34	an folgender Uni / Fachhochschule	Name	
35	mein Ehegatte ist verbeamtet	<input type="checkbox"/> ja	
36	falls „ja“ es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Anspruch auf Krankheitsfürsorge in Anwendung der Beihilfevorschriften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Bescheinigung des Dienstherrn beifügen.	
37	Mein Ehegatte übt eine selbstständige Tätigkeit aus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
38	mit folgendem Zeitaufwand	Wochenstunden	
39	und beschäftigt Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> ja	

Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

B. ANGABEN ZUM EHEGATTEN

UNBEDINGT AUSFÜLLEN, WENN SIE VERHEIRATET SIND, **ABER NUR DAS KIND/DIE KINDER BEI DER DAK-GESUNDHEIT FAMILIENVERSICHERT SEIN SOLLEN.**

1	Vorname / Geburtsdatum			
2	Abweichender Familienname			
3	Mein Ehegatte ist mit dem Kind bzw. den Kindern verwandt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>falls „nein“ → keine weiteren Angaben zum Ehegatten</i>
4	Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>falls „ja“ → außer Zeile 5 keine weiteren Angaben zum Ehegatten</i>
5	und zwar bei der	Name		
6	Mein Ehegatte hat eigene Einkünfte falls „ja“: bitte auch Angaben zu Ihren Einkünften (Zeile 9)	<input type="checkbox"/> nein	<i>(z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche und sonstige Renten, ausländische Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, Abfindungen, Einmal-/Sonderzahlungen wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld).</i>	
7		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn)	Einmalzahlung	Sonderzahlung
		€	€	€
8		Art der Einkünfte		
9	Ich selbst habe folgende Einkünfte	<i>Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (siehe oben).</i>		
		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn)	Einmalzahlung	Sonderzahlung
		€	€	€
		<i>Bitte angeben, da uns nicht zwingend alle Einkünfte bekannt sind.</i>		
zu Zeilen 7–9		Bitte Einkommensnachweis beifügen (z. B. aktuellen Einkommensteuerbescheid, aktuelle Gehaltsbescheinigung), auch für Familienzuschläge (z. B. Verheirateten-/ Kinderzuschläge).		

C. UNTERSCHRIFT

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Das gilt insbesondere, wenn sich die Einkommensverhältnisse meiner Angehörigen ändern oder diese selbst Mitglied der DAK-Gesundheit oder einer anderen Krankenkasse werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift ^{* 1)}	ggf. Unterschrift der / des Familienangehörigen ^{* 2)}
<p>* 1) Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. * 2) Nur bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.</p>		
Bei Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar (Angaben sind freiwillig)	Telefon	E-Mail

Datenschutzhinweis nach 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.