

Antrag auf Familienversicherung

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

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Familienstand: ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft¹ verwitwet getrennt lebend geschieden seit _____

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

Frau Herr _____
Name, Vorname T T M M J J J J
Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer _____
Telefonnummer (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe) _____
E-Mail (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

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: _____

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

Name und Sitz der Krankenkasse

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	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum				
Eventuell abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied <small>(* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>	_____	<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?	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beginn der gewünschten Familienversicherung / Angaben zu Vorversicherungen

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Gewünschter Beginn der kostenfreien Familienversicherung bei der Salus BKK				
Die <u>bisherige</u> Versicherung endete am				
und bestand bei folgender Krankenkasse				
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	Vorname Name	Vorname Name	Vorname Name	Vorname Name
<u>Bisherige</u> Versicherung besteht weiter <small>(Bitte Name der Krankenkasse angeben)</small>	_____	_____	_____	_____



	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">T</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">T</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">J</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">J</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">J</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J		
Name, Vorname des Mitglieds	Geburtsdatum								

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Werden Einkünfte erzielt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbstständige Tätigkeit <small>Bitte „Bis-Datum“ auch angeben, wenn Tätigkeit/en im Prüfzeitraum bereits beendet wurde/n</small>	<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: Arbeitsentgelt: EURO	Anzahl: Arbeitsentgelt: EURO	Anzahl: Arbeitsentgelt: EURO	Anzahl: Arbeitsentgelt: EURO
Monatliches Einkommen aus Arbeitsverhältnis/Mini-Job <small>(Bitte Gehaltsabrechnung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job <input type="checkbox"/> mehr als geringfügig EURO	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job <input type="checkbox"/> mehr als geringfügig EURO	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job <input type="checkbox"/> mehr als geringfügig EURO	<input type="checkbox"/> geringfügig / Mini-Job <input type="checkbox"/> mehr als geringfügig 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 _____ EURO <input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung _____ EURO <input type="checkbox"/> Unterhalt _____ EURO <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____ EURO	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen _____ EURO <input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung _____ EURO <input type="checkbox"/> Unterhalt _____ EURO <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____ EURO	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen _____ EURO <input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung _____ EURO <input type="checkbox"/> Unterhalt _____ EURO <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____ EURO	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen _____ EURO <input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung _____ EURO <input type="checkbox"/> Unterhalt _____ EURO <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____ EURO
Renten-/Versorgungsbezüge <small>(Bitte Nachweis/e beifügen)</small>	EURO	EURO	EURO	EURO
Wird Arbeitslosengeld II bezogen? <small>(Bitte Nachweis/e beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Schulbesuch/Studium <small>(Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen)</small>	_____	seit/vom bis	seit/vom bis	seit/vom bis
Wehr-/Zivil- oder Freiwilligendienst <small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	_____	seit/vom bis	seit/vom bis	seit/vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
Bisherige Krankenversicherungsnummer				
Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:				
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)	
------------	----------------------------	---	--