

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

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:

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>				



