

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 | _____ | T T M M J J J J
Name, Vorname | Geburtsdatum

_____ | Diese finden Sie auf Ihrer aktuellen Versichertenkarte! | _____
Krankenversicherungsnummer | Telefonnummer tagsüber (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 (Bei abweichenden Zunamen bitte Heirats- bzw. Geburtsurkunde beifügen)				
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 (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	_____	<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

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				
<u>Bisherige</u> Versicherung besteht weiter (Bitte Name der Krankenkasse angeben)				



	T	T	M	M	J	J	J	J
--	---	---	---	---	---	---	---	---

Name, Vorname des Mitglieds Geburtsdatum

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Selbstständige Tätigkeit <small>(Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind und fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tätigkeit:
Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit				
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit <small>(Bitte monatlichen Betrag in Euro angeben)</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>	<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
Anzahl:				
Arbeitsentgelt:	EURO	EURO	EURO	EURO
Monatliches Einkommen aus Arbeitsverhältnis / Mini-Job <small>(Bitte Gehaltsabrechnung beifügen)</small>	EURO	EURO	EURO	EURO
Regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <small>z. B. Arbeitsentgelt; Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit / Kapitalvermögen / Vermietung; Zahlbetrag der gesetzlichen Rente; sonstige Renten (Bitte Nachweis/e beifügen)</small>	EURO	EURO	EURO	EURO
Art der Einkünfte:				
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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
Schulbesuch / Studium <small>(Bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</small>	X	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium Bis voraussichtlich:	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium Bis voraussichtlich:	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium Bis voraussichtlich:
Wehr- oder Zivildienst <small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	X	Bis voraussichtlich:	Bis voraussichtlich:	Bis voraussichtlich:

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: (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. 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 oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds Unterschrift aller Familienangehörigen (ab Vollendung des 15. Lebensjahres)