

FAMILIENVERSICHERUNGSANTRAG

bitte zurück an:
 SECURVITA BKK
 Postfach 10 58 29
 20039 Hamburg

oder per Fax an:
 040 / 3347-9000

Datenschutzhinweis:
 Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V. Informationen zum Thema finden Sie auf www.securvita-bkk.de unter dem Punkt Impressum & Datenschutz.

FAIRSicherungsladen Freiburg

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name _____ Vorname _____ KVNR _____

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

Mein Ehepartner ist selbst versichert ja Name und Sitz der Krankenkasse _____
 nein

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges _____

Beginn der Familienversicherung
 (bitte ein Datum angeben)

Ich möchte den Erinnerungsservice zur Kindervorsorge, ab der U5, per E-Mail nutzen.
 Hierbei werden Sie regelmäßig über anstehende Kindervorsorge-Untersuchungen informiert. ja nein

Bitte nutzen Sie für die Kindervorsorge folgende E-Mail-Adresse: _____

Angaben zu Familienangehörigen

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. Wir bearbeiten die Familienversicherungsanträge gesondert. Deshalb kann es sein, dass Sie die Versicherungsbestätigungen und die Gesundheitskarten getrennt von denen des Mitglieds erhalten.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|--|--|--|--|--|
| Name* | | | | |
| * Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde beziehungsweise einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte / Lebenspartner beziehungsweise Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben. | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) |
| Geburtsdatum | | | | |
| Gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* 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? (bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen) | _____ | <input type="checkbox"/> (nein) | <input type="checkbox"/> (nein) | <input type="checkbox"/> (nein) |

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|---|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung endet / endete am bestand bei (Name der 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) | (Vorname) | (Vorname) | (Vorname) |
| | (Nachname) | (Nachname) | (Nachname) | (Nachname) |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung) | ..... | ..... | ..... | ..... |

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen) | € | € | € | € |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) | € | € | € | € |
| Wird Arbeitslosengeld II bezogen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlich) | € | € | € | € |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (zum Beispiel Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) | € (Art der Einkünfte) | ..... € (Art der Einkünfte) | ..... € (Art der Einkünfte) | ..... € (Art der Einkünfte) |
| Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen) | ..... | vom bis | vom bis | vom bis |
| Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) | ..... | vom bis | vom bis | vom bis |

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|---|----------|------|------|------|
| Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.) | | | | |
| Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. | | | | |
| Geburtsname | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Geburtsland | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |

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 selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Einwilligung: Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten dürfen zur zukünftigen Kontaktaufnahme und zur Information über Leistungen und Services der SECURVITA Krankenkasse zeitlich unbegrenzt gespeichert und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Absender:

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Datum

An die Krankenkasse:

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß

zum _____ – spätestens jedoch zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte übersenden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung

innerhalb der nächsten 14 Tage.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift