

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
 Kranken- und Pflegeversicherung
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Bisherige Krankenversicherung

Ich bin / war bisher versichert bei

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 nicht gesetzlich krankenversichert

 Name der Krankenkasse

- im Rahmen einer Familienversicherung

Familienstand

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft (Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ machen.)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Heirat Geburt des Kindes
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges _____

Gewünschter Beginn der Familienversicherung für

- meinen Ehepartner mein/e Kind/er am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 2 0 _____

Erreichbarkeit für Rückfragen (freiwillige Angaben)

Telefon

 Festnetz

 Mobil

E-Mail-Adresse _____

Angaben zu meinen Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. **Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen verwandt ist.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist - zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den 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.



Allgemeine Angaben zu den mitzuversichernden Kindern

Kind	Kind
Nachname (Bei abweichendem Nachnamen fügen Sie bitte eine Geburtsurkunde oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – andere geeignete Unterlagen (z.B. Kindergeldbescheid) bei, sollten uns diese noch nicht vorliegen.)	
Falls der Platz nicht reicht, bitte Nachnamen hier angeben:	
Vorname	
Falls der Platz nicht reicht, bitte Vornamen hier angeben:	
Geburtsdatum	
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (TTMMJJJJ)	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (TTMMJJJJ)
Geschlecht	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
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
Ist der Ehepartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer	
Geburtsname	
Geburtsort	
Geburtsland	
Staatsangehörigkeit	
Sonstige Angaben	
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung in Kopie beifügen.)	
vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung in Kopie beifügen, sofern noch nicht erfolgt.)	
vom _____ bis _____	vom _____ bis _____



Angaben zur bisherigen Versicherung	
Kind	Kind
Ende der bisherigen Versicherung	
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Name der Krankenkasse	
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Art der Versicherung	
<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*
<small>*Nachname und Vorname der Person, aus deren Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde</small>	<small>*Nachname und Vorname der Person, aus deren Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde</small>
Angaben zum Einkommen	
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €	<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €
Bruttoentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Sofern noch weitere Einnahmen bezogen werden, bitte Nachweise beifügen.)	
<input type="checkbox"/> ja, monatlich <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> €	<input type="checkbox"/> ja, monatlich <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Rente (Bitte den jeweiligen Rentenbescheid in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €	<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €
_____ Art der Einkünfte	_____ Art der Einkünfte
Bruttoentgelt aus einer mehr als geringfügigen Beschäftigung (Bitte Einkommensnachweise in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €	<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts , z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen	
Sonstige Einkünfte , z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes (Bitte entsprechende Einkommensnachweise in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €	<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ €
_____ Art der Einkünfte	_____ Art der Einkünfte

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.

<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____	_____
Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift des 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



Datenschutzhinweis (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, 25 SGB XI) zu erheben und zu verarbeiten. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.knappschaft.de/datenschutz. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.