

# Antrag auf Familienversicherung



Bayerwaldstr. 2L, 93073 Neutraubling  
 E-Mail: [bkk.info@krones.com](mailto:bkk.info@krones.com)  
 Telefon: +49 9401 70-5200  
 Telefax: +49 9401 70-2950

Beginn:

Persönliche Angaben des Mitglieds	
Name, Vorname, KV-Nummer	Telefon / Mobil (optional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Ich war bisher <input type="checkbox"/> Im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert <input type="checkbox"/> Im Rahmen einer Familienversicherung versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse <input type="text"/>
<b>Familienstand</b> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/>	geschieden seit: <input type="text"/>
Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist selbst versichert:    ja                      nein	Name und Sitz der Krankenkasse <input type="text"/>

Familienangehörige				
Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurücksenden. Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d=divers)	m / w / d	m / w / d	m / w / d	m / w / d
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenversicherung	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>			
Name der Krankenkasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der Versicherung	Mitglied / Familienversicherung	Mitglied / Familienversicherung	Mitglied / Familienversicherung	Mitglied / Familienversicherung
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	nein / ja	nein / ja	nein / ja	nein / ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	<input type="text"/>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	<input type="text"/>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

Angaben zur Vergabe der Krankenversicherungsnummer				
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort / Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift Mitglied	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen