

### Allgemeine Angaben des Mitglieds:

	Name, Vorname	Krankenversichertennummer (KV-Nr.)
Ich war bisher <input type="checkbox"/> Im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)		
<input type="checkbox"/> Im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)		
<input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich krankenversichert		
Familienstand: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)		
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Beginn der Familienversicherung: _____		
Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen.		
E-Mail-Adresse: _____		

### Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; 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, und stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht bereits vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
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 bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

## Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung: ▪ endete am: ▪ bestand bei: (Name der Krankenkasse)	Am _____ Bei _____	Am _____ Bei _____	Am _____ Bei _____	Am _____ Bei _____
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) _____ (Nachname) _____	(Vorname) _____ (Nachname) _____	(Vorname) _____ (Nachname) _____	(Vorname) _____ (Nachname) _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____

## 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.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
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 (monatlicher Zahlbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	Vom _____ bis zum _____	Vom _____ bis zum _____	Vom _____ bis zum _____
Bundesfreiwilligen-, Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	Vom _____ bis zum _____	Vom _____ bis zum _____	Vom _____ bis zum _____

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherturnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherturnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherturnummer 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 oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die IKK Südwest mich schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf mein Versicherungsverhältnis bei der IKK Südwest.

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.

Ort, Datum		
Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.