



### Antrag auf Familienversicherung

Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Versichertenkarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 SGB V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

Ich beantrage die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unten genannten Familienangehörigen ändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

#### Ehepartner

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Monatliches Einkommen	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
Rentenversicherungsnummer	Dezeitige Kasse	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:	versichert bis	<input type="checkbox"/> familienversichert
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

#### Kind

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Monatliches Einkommen	Dezeitige Kasse
Rentenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:		<input type="checkbox"/> familienversichert
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

#### Kind

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Monatliches Einkommen	Dezeitige Kasse
Rentenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:		<input type="checkbox"/> familienversichert
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

#### Kind

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Monatliches Einkommen	Dezeitige Kasse
Rentenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert
Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:		<input type="checkbox"/> familienversichert
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

### Bankeinzugsermächtigung für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Geldinstitut	_____	Hiemit ermächtige ich die HEK widerruflich, die zu entrichtenden Beiträge zu Lasten des nebenstehenden Kontos einzuziehen.
BLZ	_____	Erstmalig werden die Beiträge für den Zeitraum vom _____
Kontoinhaber	_____	bis _____ am _____ eingezogen.
Anmerkung:	_____	Zukünftig werden die Beiträge eingezogen:
	_____	<input type="checkbox"/> jeweils zum 15. des laufenden Monats
	_____	<input type="checkbox"/> jeweils am Ende des laufenden Monats
	_____	<input type="checkbox"/> rechtzeitig zum Fälligkeitstermin, so dass der Beitrag am 15. des Folgemonats der HEK gutgeschrieben ist
Ort, Datum	_____	Unterschrift des Kontoinhabers