Absender

Name, Vorname

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Versichertennummer

Geburtsdatum

Hanseatische Krankenkasse
22039 Hamburg

Antrag auf Mutterschaftsgeld

Wir freuen uns mit Ihnen auf die Geburt Ihres Kindes.

Für Sie wird es jetzt ganz einfach: Reichen Sie uns nur diesen Antrag zusammen mit der Bescheinigung über den voraussichtlichen Geburtstermin ein, wir kümmern uns gern um alles Weitere.

Nach der Geburt benötigen wir lediglich die Geburtsurkunde und den beigefügten Antrag auf Familienversicherung. Wir überweisen Ihnen dann zeitnah das restliche Mutterschaftsgeld und kümmern uns um die Versicherung Ihres Kindes.

Sie können Ihre Unterlagen einfach und schnell mit der HEK Service-App an uns senden.

Angaben des Mitgliedes:

1. Ich erhalte Mutterschaftshilfe von einer anderen Krankenkasse: ☐ Ja ☐ Nein
2. Ich erhalte während des Mutterschaftsgeldbezuges, außer der Differenz zum Nettoentgelt, weiter Entgelt: ☐ Ja ☐ Nein
3. Ich werde Elterngeld beantragen: ☐ Ja ☐ Nein
4. Ich werde Elternzeit beantragen: ☐ Ja ☐ Nein
5. Meine Steuer-ID beim Finanzamt lautet:

Konto für die Überweisung der Beträge:

Kontoinhaber:	Anschrift des abweichenden Kontoinhabers:
Kreditinstitut:	
IBAN:	BIC:

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer:

Datum **Unterschrift der/des Versicherten**

Die Feststellung des Leistungsanspruchs (§ 24i Sozialgesetzbuch (SGB) V) setzt die Erhebung der genannten Daten voraus (§ 206 SGB V und §§ 60 bis 66 SGB I). Die Angabe der Bankverbindung und Telefonnummer ist freiwillig.

HEK

Name, Vorname Hauptversicherter
KVNR Hauptversicherter

Antrag auf Familienversicherung

Familienstand des Hauptversicherten:

☐ verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ verwitwet seit |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ getrennt lebend seit |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ geschieden seit |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ ledig

Anlass für die Familienversicherung:

☐ Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen
☐ Beginn der Mitgliedschaft des Hauptversicherten
☐ Heirat
☐ Sonstiges: _____
☐ Zuzug aus dem Ausland am |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Unterbrechung der eigenen Versicherung
☐ Geburt

Bitte geben Sie uns immer die Information zur Krankenversicherung Ihres Ehepartners. Zur Prüfung der Familienversicherung benötigen wir die Angaben auch dann, wenn nur Ihre Kinder familienversichert werden sollen. Besteht keine gesetzliche Krankenversicherung, sind die Einnahmen Ihres Ehepartners anzugeben und zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen. Sofern Ihr Ehepartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, sind keine Angaben zum Einkommen erforderlich.

Bitte füllen Sie die Felder aus, die für Sie zutreffen:

	Ehepartner/ Lebenspartner	**Kind**	**Kind**	**Kind**
Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Beginn der Familienversicherung	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nachname*				
Vorname				
*Bei abweichenden Nachnamen benötigen wir eine Kopie der Geburts- beziehungsweise Eheurkunde				
Geburtsdatum	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Gegebenenfalls abweichende Anschrift				
Geschlecht m = männlich, w = weiblich, d = divers, u = unbekannt	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u	☐ m ☐ w ☐ d ☐ u
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	--- entfällt ---	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind
Sind Sie mit dem Elternteil des Kindes verheiratet?	--- entfällt ---	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Es besteht oder bestand eine eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse Vollständiger Name der Krankenkasse oder Krankenversicherung Art der Versicherung	☐ Ja vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_| bei _____ ☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ Ja vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_| bei _____ ☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ Ja vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_| bei _____ ☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ Ja vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_| bei _____ ☐ Mitgliedschaft ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert

HEK

Name, Vorname Hauptversicherter
KVNR Hauptversicherter

	Ehepartner/ Lebenspartner	**Kind**	**Kind**	**Kind**
Nachname				
Vorname				
Schulbesuch oder Studium (bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	--- entfällt ---	vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|	vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|	vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	--- entfällt ---	vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|	vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|	vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|
Selbstständige Tätigkeit (bitte eine Kopie des aktuell vorliegenden Einkommensteuerbescheides beifügen)	☐ Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: |_|_|_|_|_|,|_|_| €
Geringfügige Beschäftigung (bei mehreren Beschäftigungen bitte das gesamte monatliche Bruttoarbeitsentgelt angeben)	☐ Ja Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: |_|_|_|_|_|,|_|_| €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten (bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei)	☐ Ja Monatlicher Zahlbetrag: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatlicher Zahlbetrag: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatlicher Zahlbetrag: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Monatlicher Zahlbetrag: |_|_|_|_|_|,|_|_| €
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (zum Beispiel: Abfindungen, Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung. Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise für jede Einkommensart bei)	☐ Ja Art der Einkünfte: _____ Monatliche Bruttoeinkünfte: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Art der Einkünfte: _____ Monatliche Bruttoeinkünfte: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Art der Einkünfte: _____ Monatliche Bruttoeinkünfte: |_|_|_|_|_|,|_|_| €	☐ Ja Art der Einkünfte: _____ Monatliche Bruttoeinkünfte: |_|_|_|_|_|,|_|_| €
Rentenversicherungsnummer	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde				
Geburtsname				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Mehrling	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen, insbesondere im Einkommen meiner Angehörigen, werde ich Sie sofort informieren. Für Rückfragen bin ich telefonisch zu erreichen unter: _____

\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| _____ _____

Datum

Unterschrift des Hauptversicherten

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

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift der Familienangehörigen aus

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 Sozialgesetzbuch (SGB) V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versichertenverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.