

Angaben zur Familienversicherung

Versicherungsbeginn _____

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name des Mitgliedes	Vorname	KV-Nr.
---------------------	---------	--------

Ich war bisher **im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft** **im Rahmen einer Familienversicherung** **versichert bei** (Name und Sitz der Krankenkasse) **nicht gesetzlich krankenversichert**

Familienstand

ledig **verheiratet** **getrennt lebend** **geschieden seit**

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG **verwitwet**
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert (Name und Sitz der Krankenkasse) **Nein** **Ja, bei** _____ **Telefon-Nr. (tagsüber)** _____

2. 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 zurückreichen. 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 Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
w = weiblich, m = männlich	<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 <input type="checkbox"/> m
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel)				
Eigene Versicherungen bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	EUR	EUR	EUR	EUR
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer _____

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer 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 Bruttoeinkommen meiner o. a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____ Unterschrift des Ehepartners _____

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

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.