

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab: _____

Name, Vorname, Krankenversicherungsnr. des Mitgliedes	
Straße	PLZ / Ort
Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Telefon privat
Geburtsort	Rentenversicherungsnummer
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)
Mein Ehepartner ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Name und Sitz der Krankenkasse)

Familienangehörige

Angaben für Ihren Ehepartner 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 Ehepartners sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel				
eigene Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
selbständige Tätigkeit liegt vor	<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 <input type="checkbox"/> nein
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung „Mini-Job“ (max. 400 € mtl.)	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Abfindungen, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	_____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen.	_____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen.	_____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen.	_____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich Art der Einkünfte: Bitte Nachweise beifügen.
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/ Studienbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Wichtig! Angaben zur Vergabe der neuen Krankenversicherungsnummer (§ 290 SGB V)

Rentenversicherungsnummer				
ansonsten: 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. 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	Unterschrift des Mitglieds	Unterschrift des Ehepartners	Unterschrift der Familienangehörigen ab 15 Jahren
-----------	----------------------------	------------------------------	---

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Anspruch auf Familienversicherung besteht	<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 <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen	Datum	Hdz.		