

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname des Mitglieds

KV-Nummer

☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

☐ im Rahmen einer Familienversicherung

☐ nicht gesetzlich krankenversichert.

versichert bei

Name und Sitz der Krankenkasse

Familienstand:

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ getrennt lebend

☐ geschieden seit

☐ verwitwet

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG

(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert

☐ Nein

☐ Ja, bei

Name und Sitz der Krankenkasse

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr.

zu erreichen (freiwillige Angabe).

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; dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom	vom	vom	vom
	bis	bis	bis	bis
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ 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 selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung)	EUR	EUR	EUR	EUR
Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 18 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom	vom	vom
		bis	bis	bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom	vom	vom
		bis	bis	bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

X

Mit der Unterschriften erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift(en) des/der Familienangehörigen

X

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch -SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.