

**Angaben zur Feststellung der Familienversicherung**

**1. Allgemeine Angaben des Mitglieds**

Name, Vorname, Krankenversichertennummer	
Ich bin / war bisher <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert (z.B. PKV, freie Heilfürsorge)	versichert bei (Name und Sitz der Krankenkasse)  Tel. für evtl. Rückfragen (freiwillige Angabe):
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehegatte" zu machen)	
Mein Ehegatte ist selbst versichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	Name und Sitz der Krankenkasse

**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 zurücksenden. 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 selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<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) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom ..... bis ..... bei .....	vom ..... bis ..... bei .....	vom ..... bis ..... bei .....	vom ..... bis ..... bei .....
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<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
Angabe der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit in dieser Tätigkeit	vom ..... bis ..... Stunden	vom ..... bis ..... Stunden	vom ..... bis ..... Stunden	vom ..... bis ..... Stunden
Jahreseinkünfte aus dieser Tätigkeit lt. aktuellstem Einkommensteuerbescheid (Bitte in Kopie beifügen)	..... €	..... €	..... €	..... €
monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	..... €	..... €	..... €	..... €
Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (sofern mehrere Beschäftigungen bestanden bzw. bestehen, bitte gesondertes Blatt verwenden)	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung)	..... € (Art der Einkünfte)	..... € (Art der Einkünfte)	..... € (Art der Einkünfte)	..... € (Art der Einkünfte)
Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXX	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXX	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

**3. Angaben zur Vergabe der 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 Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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.

Datenschutzhinweis (§ 67a 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, § 7 KVLG 1989) zu erheben.