

# Angaben zur Feststellung der Familienversicherung



## 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

1. Name, Vorname des Mitglieds \_\_\_\_\_, KV-Nummer: \_\_\_\_\_
2. Familienversicherung ab: \_\_\_\_\_
3. Familienstand:  verheiratet seit \_\_\_\_\_  ledig  getrennt lebend  rechtskräftig geschieden seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet  Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG
4. Mein Ehegatte ist selbst versichert  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse
5. Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen.

## 2. Familienangehörige

Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird!

	Ehegatte	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1. Name				
2. Vorname				
3. Geburtsdatum				
4. ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
5. Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland?	<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
6. Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel)	_____			
7. Bisher krankenversichert bei:	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert von ..... bis ..... bei .....	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert von ..... bis ..... bei .....	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert von ..... bis ..... bei .....	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert von ..... bis ..... bei .....
8. Ist Ihr Ehegatte mit dem Kind verwandt?	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Selbständige Tätigkeit	<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
10. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	..... EUR vom ..... bis .....	..... EUR vom ..... bis .....	..... EUR vom ..... bis .....	..... EUR vom ..... bis .....
11. Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten <b>(Bitte Nachweise beilegen)</b>	..... EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis .....	..... EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis .....	..... EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis .....	..... EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis .....
12. Schulbesuch/Studium <b>(Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung oder Semesterbescheinigung beifügen)</b>	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
13. Wehr- oder Zivildienst <b>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</b>	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

## 3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

Rentenversicherungsnummer			
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 oben angeführten 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 haben Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus

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, § 7 KVLG 1989) zu erheben.