

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name: _____ Vorname: _____

Falls bereits bekannt:

Meine bundeseinheitliche Versichertennummer: ** _____ ** Die neue Versichertennummer finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte.

Familienstand: ledig verheiratet seit: _____ getrennt lebend seit: _____

geschieden seit: _____ verwitwet

Eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) seit: _____
(In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik Ehegatte/-in zu machen.)

Mein Ehepartner ist selbst versichert: ja nein

(Name und Sitz der Krankenkasse – wenn privat versichert, bitte Einkommensnachweis beifügen.)

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Familienangehörige

Bitte tragen Sie die Angaben für Ihre/-n Ehegatte/-in immer ein. Angaben zum Einkommen sind nicht erforderlich, wenn diese/-r selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist. Falls Ihr/-e Ehegatte/-in nicht mit ihren Kindern verwandt ist, vermerken Sie dieses bitte entsprechend.

	Ehegatte/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum und Geschlecht (m = männlich; w = weiblich) *				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel	-			
Eigene Versicherung bei einer Krankenkasse	vom bis bei	vom bis bei	vom bis bei	vom bis bei
Selbstständige 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
Mtl. Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen)	€	€	€	€
Mtl. Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (bitte Nachweise beifügen)	€	€	€	€
Mtl. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen, Vermietung und Verpachtung (bitte Nachweise beifügen)	€	€	€	€
Mtl. Zahlbetrag aus der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, sonstige Rente (bitte Nachweise beifügen)	€	€	€	€
Mtl. sonstige Einkünfte (bitte Nachweise beifügen)	€	€	€	€
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)				
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				
Angabe zur Vergabe einer Krankenversichertennummer ** Die neue Versichertennummer finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte.				
Rentenversicherungsnummer				
Falls bereits bekannt: bundeseinheitliche Versichertennummer **				
Die folgenden Angaben werden nur 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.

* Bitte unbedingt angeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.