

Neusatz  
(vollständig lesen)

Stehsatz  
(nur Änderungen lesen)

Erneute Korrektur erforderlich

nach Änderung druckreif

druckreif

Datum / Unterschrift .....

### Angaben zu Ihrer Person

---

 Name, Vorname, Geburtsdatum

### Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird; dabei sind die Angaben zu den Einkünften Ihres Ehegatten, der nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, mit entsprechenden Einkommensnachweisen zu belegen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser 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				
gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel				
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis  bei:	vom bis  bei:	vom bis  bei:	vom bis  bei:
Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) (bitte fügen Sie den letzten Bewilligungsbescheid bei)	<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
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
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	monatlich  _____ Euro	monatlich  _____ Euro	monatlich  _____ Euro	monatlich  _____ Euro

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Urlaubs- bzw. Weihnachtsgeld, Abfindungen, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten</b>	monatlich  _____ Euro  _____ Art der (Einkünfte)	monatlich  _____ Euro  _____ Art der (Einkünfte)	monatlich  _____ Euro  _____ Art der (Einkünfte)	monatlich  _____ Euro  _____ Art der (Einkünfte)
<b>Schulbesuch/Studium</b> (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
<b>Wehr- oder Zivildienst</b> (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
<b>Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde</b>	_____ _____ _____			

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer (bitte immer vollständig ausfüllen)**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Rentenversicherungsnummer</b>				
<b>Geburtsname</b>				
<b>Geburtsort/Geburtsland</b>				
<b>Staatsangehörigkeit</b>				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

Mit meiner 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

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

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