

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname, Krankenversicherten-Nr.	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____	
Ich war bisher <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____ (Name und Sitz der Krankenkasse) <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	Mein Ehegatte ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Name und Sitz der Krankenkasse)

Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll).

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel	XXXXXXXXXXXX			
eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Arbeitsverhältnis/selbständige 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
monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	€	€	€	€
Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonstige Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen				
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 18 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				

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. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

(Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds; ggf. Unterschrift der Familienangehörigen)

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) zu erheben. Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt:	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Familienversicherung	<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
Bemerkungen:		Festgestellt:	Geprüft:	EDV: