

# Angaben zur Familienversicherung:

## 1. Mitglied

Name	Vorname	geboren am	Rentenvers.-Nr.
<b>Familienstand</b> <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"/> Ich war bisher selbst versichert <input type="checkbox"/> Ich war bisher familienversichert bei			
Name der Krankenkasse und Ort		durch	
Name des Mitglieds		geboren am	

## 2. Ehegatte

<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist nicht selbst versichert <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte war selbst versichert bis _____ <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist selbst versichert bei der _____		Name der Krankenkasse und Ort	
Vorname	geboren am	Einkommen	Monatlich brutto €
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art des Einkommens

(Zum Einkommen zählen auch Mieteinnahmen, Kapitalerträge etc.)

## 3. Kinder

(Dieses Feld ist auszufüllen, wenn ihre Kinder entweder bereits bei uns versichert sind oder bei uns in Zukunft versichert werden sollen.)

	Kind		Kind		Kind		Kind	
Name								
Vorname								
Geburtsdatum								
ggf. abweichende Anschrift								
Verwandtschaftsverhältnis zu Versicherten: Leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel								
Bisher selbst krankenversichert bei (Name der Krankenkasse)	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis
Bisher familienversichert bei (Name der Krankenkasse)	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis
Arbeitsverhältnis/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	
Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	€		€		€		€	
Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Bafög								
Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis Ab 18 Jahre bitte Schulbescheinigung beifügen.								
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn das Bruttoeinkommen sich erhöht oder einer der o. a. Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.

## 4. Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes
Telefon	Unterschrift des Ehegatten
Mit der Angabe dieser Daten zur Prüfung der Familien-Versicherung bin ich einverstanden.	Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben