

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Name, Vorname des Mitglieds _____ KV-Nummer _____

Familienstand: ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend geschieden seit _____
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu tätigen).

Mein Ehepartner ist selbst versichert Nein Ja, bei _____
 Name und Sitz der Krankenkasse

Bitte tragen Sie die Angaben für Ihren Ehepartner auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehepartners sind nicht erforderlich, wenn dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Name (sofern vom Mitglied abweichend)				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied, z. B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Schulbesuch/Studium, ggf. voraussichtliches Ende eintragen <small>(bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Immatrikulationsbescheinigung beifügen)</small>	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung <small>(sofern mehrere Beschäftigungen bestanden haben bzw. bestehen, bitte gesondertes Blatt verwenden)</small>	_____ € vom _____ bis _____	_____ € vom _____ bis _____	_____ € vom _____ bis _____	_____ € vom _____ bis _____
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Anzahl der wöchentlichen Arbeitszeit Anzahl der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Ja _____ Std./Woche _____ Beschäftigte	<input type="checkbox"/> Ja _____ Std./Woche _____ Beschäftigte	<input type="checkbox"/> Ja _____ Std./Woche _____ Beschäftigte	<input type="checkbox"/> Ja _____ Std./Woche _____ Beschäftigte
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonstige Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente	_____ € <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich _____ (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ € <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich _____ (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ € <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich _____ (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ € <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich _____ (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst <small>(bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Eigene Krankenversicherung	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen 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 erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.