



Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Vorname				
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:				
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	(Vorname)  (Nachname)	(Vorname)  (Nachname)	(Vorname)  (Nachname)	(Vorname)  (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	Ja	Ja	Ja	Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich; fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei):	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich; bitte aktuellen Entgeltnachweis beifügen):	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	Ja	Ja	Ja	Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag; bitte aktuellen Bescheid beifügen):	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen; bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen):	EUR  (Art der Einkünfte)	EUR  (Art der Einkünfte)	EUR  (Art der Einkünfte)	EUR  (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 18 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

**Erklärung des Versicherten: Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen der o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitglieds \_\_\_\_\_ Unterschrift der Familienangehörigen \_\_\_\_\_  
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen über 15 Jahre  
 zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 Sozialgesetzbuch - SGB - X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.