



Name, Vorname des Mitglieds

Krankenversicherungsnummer

**Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen:**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • endete am: • bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	€ ..... Art der Einkünfte	€ ..... Art der Einkünfte	€ ..... Art der Einkünfte	€ ..... Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligen- dienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/	vom bis	vom bis	vom bis

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige:**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				

Die folgenden Angaben werden benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort, Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

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

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.