



Aktenzeichen:

| <b>Fragebogen zur Prüfung der weiteren Versicherungspflicht</b>  |              |
|--|--------------|
| <b>A Angaben zur Person des/der mitarbeitenden Familienangehörigen</b>   |              |
| Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)  | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort   | Geburtsort   |
| <b>B Angaben zum Beschäftigungsverhältnis</b>  |              |
| <input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis als mitarbeitende/r Familienangehörige/r wird fortgesetzt am _____, wöchentliche Arbeitszeit _____, monatlicher Bruttolohn _____ €<br><small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Stunden</small>   |              |
| <input type="checkbox"/> Es erfolgt anschließend ein Schulbesuch/Studium. Es wird die Familienversicherung beantragt (bitte eine Schulbescheinigung/Immatrikulationsbescheinigung beifügen).   |              |
| <input type="checkbox"/> Die aufgeführten Alternativen treffen nicht zu.   |              |
| Ergänzende Angaben:<br>_____   |              |
| <input type="checkbox"/> Ab _____ besteht eine Mitgliedschaft bei der _____<br><small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Name und Sitz der Krankenkasse.</small>  |              |
| <b>C Unterschrift</b>  |              |
| Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____   |              |
| _____  | _____        |
| Datum  | Unterschrift |
| Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter <a href="http://www.svlfg.de/datenschutz">www.svlfg.de/datenschutz</a> bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich. |              |