



Aktenzeichen:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung für Neugeborene

A Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer
		Rentenversicherungs-Nr.

B Angaben des Mitglieds

Ist der andere mit dem Kind verwandte Ehegatte / Lebenspartner selbst Mitglied bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

ja, bei der _____ in _____
 Name der Krankenkasse Sitz der Krankenkasse

Die Familienversicherung für das Kind / die Kinder soll durchgeführt werden bei der

LKK Krankenkasse des anderen Elternteils

nein, es besteht eine private Krankenversicherung.

Folgende ergänzende Angaben sind deshalb erforderlich:

Erzielt der andere mit dem Kind verwandte Ehegatte / Lebenspartner ein mtl. Einkommen von mehr als 6.450,00 €? nein ja

Sind in diesem Einkommen Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, enthalten? nein ja

Ist das Einkommen Ihres Ehegatten /Lebenspartner regelmäßig höher als Ihr Einkommen? nein ja

C Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen

	Kind	Kind
Name		
Vorname		
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift		



Aktenzeichen:

Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind eigene Einnahmen? (Bitte beachten Sie die Hinweise im beigefügten Informationsblatt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einkommensart, z. B. Miete, Zinsen, Rente Höhe der Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einkommensart, z. B. Miete, Zinsen, Rente Höhe der Einkünfte

D Erklärung und Unterschrift

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 selbständiger 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.

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 www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.