



Aktenzeichen:

<b>Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung für Neugeborene</b>			
<b>A Angaben zur Person</b>			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
<b>B Angaben des Mitglieds</b>			
Ist der andere mit dem Kind verwandte Ehegatte / Lebenspartner selbst Mitglied bei einer gesetzlichen Krankenkasse?			
<input type="checkbox"/> ja, bei der _____ in _____ <small>Name der Krankenkasse Sitz der Krankenkasse</small>			
Die Familienversicherung für das Kind / die Kinder soll durchgeführt werden bei der			
<input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> Krankenkasse des anderen Elternteils			
<input type="checkbox"/> 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 5.775,00 €? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sind in diesem Einkommen Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ist das Einkommen Ihres Ehegatten /Lebenspartner regelmäßig höher als Ihr Einkommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>C Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen</b>			
	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	
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, <hr/> Einkommensart, z. B. Miete, Zinsen, Rente <hr/> Höhe der Einkünfte      € monatlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <hr/> Einkommensart, z. B. Miete, Zinsen, Rente <hr/> Höhe der Einkünfte      € monatlich
<b>D Erklärung und Unterschrift</b>		
<p><b>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.</b></p>		
<hr/> Ort, Datum	<hr/> Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	
<p>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.</p>		