



Aktenzeichen:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung	
A Angaben zur Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort
B Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Beginn der Familienversicherung _____ Tag, Monat, Jahr	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe). Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).	
C Angaben zu Familienangehörigen	
Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.	



Aktenzeichen:

D Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
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)	<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				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
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	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
E Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • endet am: • bestand bei: (Name der Krankenkasse)	am _____ bei: _____	am _____ bei: _____	am _____ bei: _____	am _____ bei: _____
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)				



Aktenzeichen:

F Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich) <small>(Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)</small>	<input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> ja _____ €
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<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 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
G Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
<p>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 – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.</p>				
Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds		ggf. Unterschrift des Familienangehörigen	
	Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.		Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.	
<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 www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>				