



Aktenzeichen:

Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung			
A. Angaben zur Person des Hauptversicherten			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
B. Angaben zur Person des Familienangehörigen			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter, Sohn) oder Ehepartner _____			
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung			
<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes (Geschlecht* (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , x <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/>)) <input type="checkbox"/> Heirat <small>*(m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)</small>			
<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen			
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
Beginn der Familienversicherung _____ (Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei.) <small style="margin-left: 150px;">Tag, Monat, Jahr</small>			
C. Allgemeine Angaben des Mitglieds			
Güterstand <input type="checkbox"/> Zugewinnngemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung			
D. Angaben zum Versicherungsverhältnis des Familienangehörigen			
1. Bisherige Versicherung _____ bis _____ <small style="margin-left: 100px;">Name und Sitz der Krankenkasse</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small>			
Art der bisherigen Versicherung <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: _____			
2. Werden regelmäßige Einkünfte bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ in Höhe von _____ € <small style="margin-left: 100px;">Einkommensart (z. B. Lohn, Gewerbebetrieb, Rente, Mieteinnahmen, Zinsen)</small> <small>monatlich/brutto</small>			
3. Erhält der Angehörige Renten oder Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ <small style="margin-left: 100px;">Name der Zahlstelle</small> <small>Renten-/AktENZEICHEN der Zahlstelle</small>			
4. Wird eine selbständige Tätigkeit ausgeübt? (Bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <small style="margin-left: 150px;">Art der Tätigkeit/des Gewerbes</small>			



Aktenzeichen:

E. Angaben zum Versicherungsverhältnis bei Kindern			
1.	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		
2.	Schulbesuch/Studium <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar voraussichtlich bis _____ (ab 23. Lebensjahr bitte eine Schul-/Studienbescheinigung beifügen.)	Tag, Monat, Jahr	
3.	Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte eine Dienstbescheinigung beifügen.)		
4.	Ist der Angehörige zurzeit erwerbslos? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar voraussichtlich bis _____	Tag, Monat, Jahr	
5.	Ist der Angehörige infolge einer Behinderung außerstande sich selbst zu unterhalten? (Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung und den Zeitpunkt des Eintritts beifügen.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar seit _____		Tag, Monat, Jahr
6.	Ergänzend sind die Angaben zum Einkommen des anderen mit dem Kind verwandten Ehegatten erforderlich, sofern dieser privat krankenversichert ist. Erzielt der andere mit dem Kind verwandte Ehegatte ein mtl. Einkommen von mehr als 5.212,50 €? Sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist das Einkommen Ihres Ehegatten regelmäßig höher als Ihr Einkommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
F. Erklärung und Unterschrift			
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer anderen Krankenkasse werden.			
_____ Datum	_____ Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	_____ ggf. Unterschrift des Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen allein aus.	
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 www.svlfg.de unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.			