

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- Versicherung Beitrag -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Fragebogen Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum

Familienstand

ledig Falls nicht ledig, seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden
Tag, Monat, Jahr verwitwet eingetragene Partnerschaft

B. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen, eigenen Mitgliedschaft
 Sonstiges _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar unter der Telefon-Nr. _____ (freiwillige Angabe)

Meine E-Mailadresse 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.

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	<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	<input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren	<input type="checkbox"/> ja	<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	<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	_____ Vorname	_____ Vorname	_____ Vorname
	_____ Nachname	_____ Nachname	_____ Nachname	_____ Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

F. Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	<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				

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.

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.

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 SVLFG.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.