



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 5.362,50 €? 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 unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.			