



Aktenzeichen:

<b>Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung</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>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig Falls nicht ledig, seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <small>Tag, Monat, Jahr</small> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <small>(Die Angaben sind unter C. Ehegatte einzutragen.)</small>			
<b>Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung</b> <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 _____			
Beginn der Familienversicherung _____ (Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei.) <small>Tag, Monat, Jahr</small>			
<b>B. Allgemeine Angaben des Mitglieds</b>			
1. Güterstand <input type="checkbox"/> Zugewinnngemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung			
2. Ist Ihr Ehegatte selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei der _____ <small>Name der Krankenkasse (z.B. LKK, BKK, AOK)</small>			
3. Meine Kinder sollen bei meiner Krankenkasse versichert werden. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
4. Die Familienversicherung soll durchgeführt werden ab: _____			
<b>C. Angaben zu den Familienangehörigen</b> (Bitte das Zutreffende ankreuzen oder ergänzen!)			
Zur Feststellung der Familienversicherung beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen. Die Angaben für Ihren Ehegatten benötigen wir auch dann, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. Ausnahmen hiervon: Ist der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt, sind keine Angaben erforderlich. Auf die Angaben des Einkommens des Ehegatten kann verzichtet werden, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK, BKK, IKK, LKK) ist.			
*(m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	Ehegatte (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )	Kind* (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , x <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )	Kind* (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , x <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )
Name*			
<small>*Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde) oder sofern deren Vorlage nicht möglich ist - durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.</small>			
Vorname			
Geburtsname (falls abweichend)			
Geburtsdatum			
Geburtsort/-land/Staatsangehörigkeit			
Anschrift (falls abweichend)			
Rentenversicherungsnummer			



**Aktenzeichen:**

* (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	Ehegatte (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )	Kind* (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , x <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )	Kind* (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , x <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )	Kind* (w <input type="checkbox"/> , m <input type="checkbox"/> , x <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/> )
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</small>	_____	<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 Ehegatte mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)</small>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Die bisherige Versicherung endet am: bestand bei (Name der Kasse)	_____	_____	_____	_____
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)	_____	_____	_____	_____
Übt der Familienangehörige eine selbständige Tätigkeit aus? Falls ja, Art der Tätigkeit/des Gewerbes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

**D. Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Vorname (bitte übertragen)				
Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbständiger Tätigkeit (€/mtl.) <small>(Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)</small>				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (€/mtl.)				
Bruttoarbeitsentgelt aus nicht geringfügiger Beschäftigung (€/mtl.)				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (€/mtl.)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen (€/mtl.)				
In- und ausländ. Renten oder Versorgungsbezüge (€/mtl.)				
Sonstige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts insgesamt (€/mtl.)				
Falls ja, Art der Einkünfte <small>(z.B. Altenteil, Sozialhilfe, Rente aus privater Lebensversicherung, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)</small>				



Aktenzeichen:

<b>E. Angaben zur Familienversicherung von Kindern</b>			
	Kind	Kind	Kind
Vorname (Bitte übertragen)			
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern <b>ab 23 Jahren</b> gültige Schulbescheinigung beifügen.)	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstbescheinigung beifügen.)	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Kind ist infolge einer Behinderung außerstande sich selbst zu unterhalten. (Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung und den Zeitpunkt des Eintritts beifügen.)			
<p>Ergänzend sind die Angaben zum Einkommen des anderen mit dem Kind verwandten Ehegatten erforderlich, sofern dieser privat krankenversichert ist.</p> <p>Erzielt der andere mit dem Kind verwandte Ehegatte ein mtl. Einkommen von mehr als 5.212,50 €? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ist das Einkommen Ihres Ehegatten regelmäßig höher als Ihr Einkommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>			
<b>F. Erklärung und Unterschrift</b>			
<p>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 oder diese Mitglieder einer anderen Krankenkasse werden.</p>			
_____	_____	_____	
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 allein 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 <a href="http://www.svlfg.de">www.svlfg.de</a> unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>			