

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name and date of birth

TTMMJJJJ

Ich bin

Form for self-employment status, including fields for weekly working hours and number of employees.

Ich habe Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt.

Rente beantragt.

Antragsdatum TTMMJJJJ (bitte Bescheide beifügen.)

Antragsdatum TTMMJJJJ

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 3.750,00 EUR (jährl. 45.000,00 EUR). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.

Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert: Ja Nein (bitte Einkommensnachweis beifügen.)

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):

Diese Angaben werden nur bei einem Mitgliedsantrag für Minderjährige benötigt:

Vorname, Name, Geburtsdatum des/der gesetzlicher Vertreter und ggf. abweichende Anschrift

Large empty box for providing names and addresses of legal representatives.

Table with 3 columns: Description, Monatlich EUR, Jährlich EUR. Rows include: Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Renten, Grundsicherung, Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe, Sonstige Einnahmen.

Meine Einnahmen liegen unter 851,67 EUR, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen.

Pflegeversicherung: Ich habe Kinder Ja Nein (bitte Nachweis beifügen.)

Ich wünsche die Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche ohne Anspruch auf Krankengeld

Zahlungsweise – Bitte nur bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in ausfüllen

Die Beiträge werden überwiesen. Einzugsermächtigung: Die Beiträge sollen von folgendem Konto eingezogen werden:

Form for bank account details: Konto, BLZ, Bank

Blank lines for date and signature

Datum Unterschrift

Beginn der Familienversicherung

TTMMJJJJ

Mitglied Name, Vorname

Sozialversicherungsnummer

Meine Kinder sollen bei meiner Krankenkasse versichert werden Ja Nein

zuletzt selbst versichert familienversichert nicht gesetzlich versichert

bei

Familienstand ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend

geschieden seit TTMMJJJJ eingetragene Lebensgemeinschaft

Mein Ehegatte ist selbst versichert Ja, bei Nein (Wenn nicht gesetzlich versichert, bitte Einkommensnachweise beifügen)

Ehegatte Name, Vorname

Geburtsdatum TTMMJJJJ Geschlecht weiblich männlich

Mein Ehegatte ist/war selbst versichert Ja Nein

von TTMMJJJJ bis TTMMJJJJ bei

monatliches Bruttoeinkommen € Art

ggf. Anschrift Straße, Nr.

PLZ Ort

Angaben zur Vergabe einer Krankenkassennummer: Sozialversicherungsnummer

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde:

Geburtsname

Geburtsort/Geburtsland

Nationalität

Kind Name, Vorname

Geburtsdatum TTMMJJJJ Geschlecht weiblich männlich

Name und Sitz der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Familienversicherung durchgeführt wurde:

monatliches Bruttoeinkommen € Art

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibliches Kind Stiefkind Enkelkind Pflegekind

Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis TTMMJJJJ (nach Vollendung des 23. Lebensjahres bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen)

ggf. Anschrift Straße, Nr.

PLZ Ort

Angaben zur Vergabe einer Krankenkassennummer: Sozialversicherungsnummer

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde:

Geburtsname

Geburtsort/Geburtsland

Nationalität

Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Ehegatte

Unterschrift des/der Kinder (ab 18. Lebensjahr)

Mitglied Name, Vorname
Geburtsdatum

Kind Name, Vorname
Geburtsdatum Geschlecht weiblich männlich
Name und Sitz der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Familienversicherung durchgeführt wurde:

monatliches Bruttoeinkommen € Art
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibliches Kind Stiefkind Enkelkind Pflegekind
Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis (nach Vollendung des 23. Lebensjahres bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen)
ggf. Anschrift Straße, Nr.
PLZ Ort
Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer: Sozialversicherungsnummer
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde:
Geburtsname
Geburtsort/Geburtsland
Nationalität

Kind Name, Vorname
Geburtsdatum Geschlecht weiblich männlich
Name und Sitz der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Familienversicherung durchgeführt wurde:

monatliches Bruttoeinkommen € Art
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibliches Kind Stiefkind Enkelkind Pflegekind
Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis (nach Vollendung des 23. Lebensjahres bitte Schul-/Studienbescheinigung beifügen)
ggf. Anschrift Straße, Nr.
PLZ Ort
Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer: Sozialversicherungsnummer
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde:
Geburtsname
Geburtsort/Geburtsland
Nationalität

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner oben genannten Familienangehörigen ändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Ehegatte

Unterschrift des/der Kinder (ab 18. Lebensjahr)