

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 Krankenversichertennummer: 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 Krankenversichertennummer: 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)