

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Folgeblatt Kinder



Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Kind w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾

Familienversicherung wird beantragt ab _____

Name _____

(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

Vorname _____

Geburtsdatum _____

ggf. abweichende Anschrift _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibl. Kind³⁾ Stiefkind leibl. Kind³⁾ Stiefkind leibl. Kind³⁾ Stiefkind leibl. Kind³⁾ Stiefkind
 Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt nein nein nein nein

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Kind _____ Kind _____ Kind _____ Kind _____

Bisherige Krankenkasse _____

bis _____

selbst gesetzl. versichert selbst gesetzl. versichert selbst gesetzl. versichert selbst gesetzl. versichert
 privat versichert privat versichert privat versichert privat versichert
 familienversichert bei familienversichert bei familienversichert bei familienversichert bei

Name, Vorname _____

nicht versichert nicht versichert nicht versichert nicht versichert

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

Kind _____ Kind _____ Kind _____ Kind _____

Selbstständige Tätigkeit liegt vor ja ja ja ja

Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. ja ja ja ja

Höhe des Gewinns monatl. _____ € monatl. _____ € monatl. _____ € monatl. _____ €

(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!)

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) _____ € _____ € _____ € _____ €

Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) _____ € _____ € _____ € _____ €

Bitte Nachweise beifügen _____ € _____ € _____ € _____ €

Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) _____ € _____ € _____ € _____ €

Art der Einkünfte _____ Art der Einkünfte _____ Art der Einkünfte _____ Art der Einkünfte _____

_____ € _____ € _____ € _____ €

Art der Einkünfte _____ Art der Einkünfte _____ Art der Einkünfte _____ Art der Einkünfte _____

Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) _____ € _____ € _____ € _____ €

Schule/Studium vom ... _____

bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) _____

Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) _____

²⁾ w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers
³⁾ Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

Bitte wenden!

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

Kind _____ Kind _____ Kind _____ Kind _____

Rentenversicherungsnummer _____

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

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____