

### 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)