



Familienversicherung

Die Krankenkasse für den Gartenbau bietet einen umfassenden Versicherungsschutz für die ganze Familie. Ohne zusätzlichen Beitrag sind bestimmte Angehörige kranken- und pflegeversichert.

Um prüfen zu können, ob eine beitragsfreie Familienversicherung für Ihre Familienangehörigen bei unserer Krankenkasse durchgeführt werden kann, bitten wir Sie, diesen Fragebogen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** an unsere Krankenkasse zurückzusenden.

Weitere Informationen zur „Familienversicherung“ erhalten Sie im Internet der Krankenkasse - Merkblatt Familienversicherung -.

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Vor- und Zuname	Vers.-Nr.	Geb.-Datum
Anschrift		

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert
- versichert bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

Familienstand: ledig seit _____
 verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) – bitte in diesem Fall die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen

Güterstand: Zugewinngemeinschaft (= gesetzlicher Güterstand)
 Gütergemeinschaft Gütertrennung (= vertraglicher/notariell beurkundeter Güterstand)

Mein Ehegatte ist selbst versichert: Nein Ja, bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

Ich bin tagsüber unter Telefon-Nr. _____ / Telefax-Nr. _____ zu erreichen.

Bitte Folgeseite beachten!

	OB:
Vor- und Zuname des Mitglieds	

2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen. **Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.**

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: z. B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	-----			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom	vom	vom	vom
	bis	bis	bis	bis
Selbständige Tätigkeit	<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 <input type="checkbox"/> Nein
Geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten (sofern der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte die Rückseite oder ein gesondertes Blatt verwenden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR <u>(Art der Einkünfte)</u>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR <u>(Art der Einkünfte)</u>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR <u>(Art der Einkünfte)</u>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EUR <u>(Art der Einkünfte)</u>
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	-----	vom	vom	vom
		bis	bis	bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	-----	vom	vom	vom
		bis	bis	bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde.				

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer			
---------------------------	--	--	--

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

Geburtsname			
Geburtsort/Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o. a. Familienangehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds
	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
<p>Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.</p>	
<p>Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.</p>	