



bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Landwirtschaftliche Krankenkasse
 Landwirtschaftliche Pflegekasse
 Hessen-Rheinland-Pfalz und Saarland
 - Krankenkasse Beitrag -

Versicherung- bzw. Beitragsangelegenheit
 Aktenzeichen: _____

Name und Anschrift des Mitglieds: _____

Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung	
A. Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Familienstand: verheiratet	
Hat sich der Familienstand geändert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG <input type="checkbox"/> verwitwet	
Güterstand: <input type="checkbox"/> Zugewinngemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung	
Mein Ehegatte ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Name und Sitz der Krankenkasse)	
Meine Kinder sollen bei meiner Krankenkasse versichert werden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bei Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____	

Zur Feststellung der Familienversicherung beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen.

Die Angaben für Ihren Ehegatten benötigen wir auch dann, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. Ausnahmen hiervon:

Ist der Ehegatte mit den Kindern **nicht** verwandt, sind **keine** Angaben erforderlich. Auf die Angaben des Einkommens des Ehegatten kann verzichtet werden, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, BKK, IKK, LKK) ist.

B. Angaben zu den Familienangehörigen				
Bitte das Zutreffende ankreuzen oder ergänzen!	Ehegatte	Kind (w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>)	Kind (w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>)	Kind (w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>)
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
gegebenenfalls abweichende Anschrift				
Geburtsname <small>falls abweichend vom Familienname</small>				
Rentenversicherungsnummer oder Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied z.B. Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel				
Ist der / die Familienangehörige bei einer anderen Krankenkasse versichert? wenn ja, Zeitraum Name/Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____
Übt der / die Familienangehörige eine selbständige Tätigkeit aus? wenn ja, Art der Tätigkeit / des Gewerbes	<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 <input type="checkbox"/> ja

Fortsetzung „Angaben zur Familienversicherung“

C. Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen				
Bitte das Zutreffende ankreuzen oder ergänzen!	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Vorname (bitte übertragen)				
Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung: Bruttoarbeitsentgelt (€ / mtl.)				
Arbeitsentgelt aus nicht geringfügiger Beschäftigung: Bruttoarbeitsentgelt (€ / mtl.)				
Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbständiger Tätigkeit Höhe der Einkünfte (€ / mtl.)				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung Höhe der Einkünfte (€ / mtl.)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen Höhe der Einkünfte (€ / mtl.)				
Renten oder Versorgungsleistungen Höhe der Einkünfte (€ / mtl.)				
Sonstige Einkünfte insgesamt (€ / mtl.) Art der Einkünfte – z.B. Altenteil, Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Rente aus privater Lebensversicherung				

D. Angaben zur Familienversicherung von Kindern				
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren gültige Schul- bescheinigung beifügen)		von bis	von bis	von bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		von bis	von bis	von bis
Name und Sitz der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde.				

E. Hinweise zum Datenschutz

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.

F. Erklärung des Versicherten

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

_____ Datum

_____ Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

_____ ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen allein aus.