

▶ FAMILIENVERSICHERUNG TEIL 2

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen [2]

	Ehegatte [1]	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<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
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen)	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer- rechts [z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Ein- künfte aus Kapitalvermögen] [1]	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr-, Zivil-, Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
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 Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer [anderen] Krankenkasse werden.

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datum	Ort
Unterschrift des Mitglieds	
Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen	

Datenschutzhinweis:

§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch [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. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150
Service-Telefon 0800 1060100 [kostenfrei]

▶ HINWEISE

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei!

- [1] Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt, bitte Kopie des Einkommenssteuerbescheides und gegebenenfalls Bezügemitteilung beifügen.
- [2] Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehepartner auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehepartner nicht mit den Kindern verwandt ist. Angaben zum Einkommen sind nicht erforderlich, wenn er selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.