

# Familienversicherung.

Starke Leistung. Ganz persönlich.



Nein, es sollen keine Familienangehörigen mitversichert werden. Daher brauche ich keine weiteren Angaben zu machen und sende diesen unterschriebenen Fragebogen zurück an die SBK.

Ja, meine Familienangehörigen sollen mitversichert werden. Daher beantworte ich die folgenden Fragen und sende der SBK einen Einkommensnachweis meiner Angehörigen mit dem Fragebogen zu. Fragen zum Ehepartner beantworte ich immer, auch wenn nur Kinder familienversichert werden sollen. Mit meinen Angaben stelle ich sicher, dass eine doppelte Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ausgeschlossen ist.  
Bei Fragen: [sbk.org/familienversicherung\\_video](http://sbk.org/familienversicherung_video)

## Persönliche Angaben

Ehepartner ①

Kind ②

Kind ②

Kind ②

Für SBK-Zwecke:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns bei von Ihnen (Mitglied) abweichendem Namen eine Heiratsurkunde oder einen Abstammungsnachweis mit diesem Fragebogen zu, soweit uns diese/r noch nicht vorliegt.

Geschlecht:  weiblich  männlich  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Telefon mobil\*: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: ③  Leibliches Kind  Stiefkind  Enkelkind  Pflegekind

Verwandtschaft Kinder zum Ehepartner:  Nein

Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.

Die bisherige Versicherung endete am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Und sie bestand bei (Name Krankenkasse): \_\_\_\_\_

Art der Versicherung:  Mitgliedschaft  Familienversicherung  Nicht gesetzlich

Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde: \_\_\_\_\_

Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Name der Krankenkasse): \_\_\_\_\_

Schulbesuch oder Studium:  Ja  Nein vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Bitte bei Kindern ab 22 Jahren Bescheinigung der Schule/Universität beifügen.

**Ehepartner ①**

**Kind ②**

**Kind ②**

**Kind ②**

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Wehr- oder Zivildienst/  
Freiwilligendienst:  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein

vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Bitte senden Sie uns eine Dienstzeitbescheinigung mit diesem Fragebogen zu,  
wenn uns diese noch nicht vorliegt.

### Angabe zu Beschäftigung und Einkommen ④

Selbstständige Tätigkeit liegt vor:  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein

Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit  
(monatlich): \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ €  
Bitte senden Sie uns eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mit diesem Fragebogen zu.

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger  
Beschäftigung (monatlich):  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ €

Arbeitslosengeld II-Bezug:  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein

Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge,  
Betriebsrente, ausländische Rente, sons-  
tige Renten (monatlicher Zahlbetrag):  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ €

Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte  
im Sinne des Einkommensteuerrechts  
(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als  
geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte  
aus Vermietung und Verpachtung, Ein-  
künfte aus Kapitalvermögen):  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ €  
Art der Einkünfte Art der Einkünfte Art der Einkünfte Art der Einkünfte

### Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

Eigene 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 Einkommen meiner oben ange-  
gebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift eines Familienangehörigen

Mit dieser Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

#### Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):

Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben.  
\*Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Für SBK-Zwecke  
 nur archivieren

Kurzzeichen