

Thomas Krüger, M788723343

Vorname Name des Mitglieds, KVNR

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit: • Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit • Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	vom 15.5.22 bis ? €	vom bis €	vom bis €	vom bis €
Geringfügige Beschäftigung: • Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung • Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom 2018 bis 120 €	vom bis €	vom bis €	vom bis €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)
Mehr als geringfügige Beschäftigung: • Zeitraum der Beschäftigung • Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom 8.21 bis ? € 80h	vom bis €	vom bis €	vom bis €
Sonstige regelmäßige monatlichen Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)

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.

8.3.23 lchule

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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.

BKK exklusiv
31273 Lehrte

Thomas Krüger

Vorname Name des Mitglieds

KV-Nr.: M788723343

Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)Angaben sind erforderlich ab **01.02.2020****Allgemeine Angaben des Mitglieds**Ihr Familienstand: ☐ ledig ☒ verheiratet seit * 8.7.2011 ☐ getrennt lebend☐ verwitwet ☐ geschieden seit * _____☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
seit * _____ (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

* Das Datum der Heirat/Scheidung/eingetragenen Lebenspartnerschaft ist nur dann erforderlich, sofern gegenüber dem zuletzt abgegebenen Fragebogen eine Änderung eingetreten ist.

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. 0473 2418130 zu erreichen (freiwillige Angabe).Meine E-Mail-Adresse lautet smart1107@gmail.com (freiwillige Angabe).**Angaben zu Familienangehörigen**

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. bzw. wurde. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners und – sofern der Ehegatte / Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name	Krüger -	Krüger		
Vorname	Heintzen Stefanie	Ben Luca		
KV-Nr.	M0294768	L275261985		
Geburtsdatum	18.4.79	21.09.2011		
Versicherungs-Beginn		21.09.2012		
Versicherungs-Ende				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse:				
• Zeitangaben (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
• Art der Versicherung Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)
• Name der Krankenkasse	 (Name Krankenkasse)	 (Name Krankenkasse)	 (Name Krankenkasse)	 (Name Krankenkasse)
*Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.				
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		vom bis <u>Klasse 5</u>	vom bis	vom bis
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)		vom bis	vom bis	vom bis

