

Leistungsanspruch in der Krankenversicherung für Bauern



Name	Versicherungsnummer
------	---------------------

Bezug:

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Um feststellen zu können, ob für **das Kind** ein Leistungsanspruch besteht, werden Sie höflich ersucht, die auf der Rückseite angeführten Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen gemeinsam mit den erforderlichen Unterlagen einzusenden.

Freundliche Grüße
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Bitte wenden!

Beim Ausfüllen Zutreffendes bitte ankreuzen ☒		Mitversicherung für	
		Familien- oder Nachname und Vorname	Geburtsdatum

1.	In welchem Verwandtschaftsverhältnis bzw. in welcher Beziehung steht der/die Obgenannte zu Ihnen?		
		Zutreffendenfalls legen Sie bitte folgende Unterlagen in Kopie bei:	
☐ eheliches Kind	Wird der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag des Betriebes bestritten? ☐ ja ☐ nein	Geburtsurkunde	
☐ legitimes Kind		(berichtigte) Geburtsurkunde	
☐ Wahlkind (Adoptivkind)		(berichtigte) Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde	
☐ (un)eheliches Kind des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin		Geburtsurkunde	
☐ (un)eheliches Kind des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin		Geburtsurkunde bzw. Vaterschaftsnachweis (ist auf der Geburtsurkunde der Vater des Kindes nicht ersichtlich, ist ein Vaterschaftsnachweis vorzulegen)	
☐ Stiefkind	Liegt ständige Hausgemeinschaft vor?	Geburtsurkunde des Kindes Heiratsurkunde des Stiefelternteils	
☐ Enkel	☐ ja ☐ nein	Geburtsurkunde des Enkels Geburtsurkunde des Elternteils	
☐ Pflegekind	Liegt unentgeltliche Verpflegung vor?	Geburtsurkunde Pflegschaftsvertrag oder Bestätigung d. Pflegschaftsbehörde oder Erklärung des/der Versicherten über die unentgeltliche Verpflegung	
	Beruhet das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung?	Geburtsurkunde amtliche Pflegebewilligung	
	Sind Sie mit dem Kind bis zum 3. Grad verwandt oder verschwägert und wird es von Ihnen gepflegt und erzogen?	schriftliche Erklärung über das Verwandtschafts- bzw. Verschwägerungsverhältnis oder Erklärung des/der Versicherten über die Pflege und Erziehung	
	☐ ja ☐ nein		

2.	a) Familien- oder Nachname und Vorname des Kindesvaters	VSNR
	Wohnanschrift	
	b) Familien- oder Nachname und Vorname der Kindesmutter	VSNR
	Wohnanschrift	

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Versicherten bzw. Betriebsführer/in