

\_\_\_\_\_  
OBD      ADM-Nr.      Versicherungsnummer

## Mitversicherung ab Geburt nach § 2 Teil I (2) AVB

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Vorname und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

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

Tarife: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beantwortung bei Mitversicherung in der Pflege erforderlich:

Das monatliche Einkommen des Kindes liegt unter 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (Einkommengrenze für eine Familienversicherung) nach § 18 SGB IV.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers