

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
Ansuchen um Mitversicherung von Angehörigen	

Hauptversicherte/r			
Nachname, Vorname, Titel		SV-Nr. und Geburtsdatum	
Wohnadresse (Straße und Hausnummer)		PLZ	Ort
Geschäftsbereich	Personalnummer	Telefon dienstlich	Telefon privat

Angehörige/r			
Nachname, Vorname, Titel		SV-Nr. und Geburtsdatum	
Wohnadresse (Straße und Hausnummer)		PLZ	Ort
Familien- Personenstand			
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt seit _____	
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Hauptversicherten:			

<p>Die Mitversicherung wird beantragt als:</p> <p><input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatte, eingetragene/r Partner*in</p> <p><input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/Lebensgefährte</p> <p><input type="checkbox"/> geschiedene/r Ehegattin/Ehegatte, frühere/r eingetragene/r Partner*in</p> <p><input type="checkbox"/> pflegende/r Angehörige/r, pflegende/r Lebensgefährtin/Lebensgefährte</p>
