

Vorname Name des Mitglieds:	
Geburtsdatum des Mitglieds:	

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

(Bitte zutreffende Felder **nur ankreuzen**, nicht durchstreichen)

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person (Mitglied)

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert
- } versichert bei _____
 (Name der Krankenkasse)

- Familienstand: ledig
- verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet seit . .
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen) seit . .

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges _____

Beginn der Familienversicherung _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe)

Nachfolgende Angaben sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Bitte tragen Sie auch die Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner ein. Ist der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt, sind Angaben zu seinem Einkommen notwendig. Die Einnahmen sind **zwingend** durch Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Einkünften unberücksichtigt.

2. Allgemeine Angaben zu Ihren Familienangehörigen

Angehöriger	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Name*	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist Ihr Ehepartner mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*** 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.**

3. Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung Ihrer Familienangehörigen

Angehöriger	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname	_____	_____	_____	_____
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Art der bisherigen Krankenversicherung: (Das Einkommen nicht gesetzlich versicherter Ehepartner/Lebenspartner ist zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen.)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: (Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde)	Vorname _____ Nachname _____	Vorname _____ Nachname _____	Vorname _____ Nachname _____	Vorname _____ Nachname _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____			

4. Angaben zum Einkommen Ihrer Familienangehörigen

Übt Ihr Angehöriger eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____
Übt Ihr Angehöriger eine mehr als geringfügige Beschäftigung aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____
Ist Ihr Angehöriger selbstständig tätig? (Bitte den aktuell vorliegenden Einkommensteuerbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____
Bezieht Ihr Angehöriger Renten, Versorgungsbezüge, Arbeitslosengeld oder hat er sonstige regelmäßige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes, Unterhalt) im Sinne des Einkommensteuerrechts? (Bitte entsprechende Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. <input type="checkbox"/> Rente (gesetzliche, private, ausländische) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: <input type="checkbox"/> Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung <input type="checkbox"/> Sonstiges vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. <input type="checkbox"/> Rente (gesetzliche, private, ausländische) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: <input type="checkbox"/> Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung <input type="checkbox"/> Sonstiges vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. <input type="checkbox"/> Rente (gesetzliche, private, ausländische) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: <input type="checkbox"/> Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung <input type="checkbox"/> Sonstiges vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR mtl. <input type="checkbox"/> Rente (gesetzliche, private, ausländische) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: <input type="checkbox"/> Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung <input type="checkbox"/> Sonstiges vom _____ bis _____

5. Sonstige Angaben zu Ihren Familienangehörigen

Befindet sich Ihr Kind in Schul- oder Berufsausbildung? Ggf. bis wann? <small>(Ab 23 Jahren bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> berufliche Ausbildung bis _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> berufliche Ausbildung bis _____	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> berufliche Ausbildung bis _____
Hat Ihr Kind Wehrdienst oder gesetzlich geregelten Freiwilligendienst geleistet? <small>(Bitte Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____
Erwerbslosigkeit des Kindes	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

6. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für Ihre Familienangehörigen

Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------

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 o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

X
Datum

X _____
Unterschrift des Mitglieds

X _____
ggf. Unterschrift des 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. Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

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.