

Name des Mitglieds:

Vorname des Mitglieds:

KV-Nummer:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds ab

- ▶ Ich war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung > versichert bei _____
 nicht gesetzlich krankenversichert bei Name der Krankenkasse _____
- ▶ Familienstand: ledig seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- ▶ Grund: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Sonstiges: _____
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
- ▶ Beginn der Familienversicherung ab: _____
- ▶ Bei Rückfragen zu erreichen unter Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____
 (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

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

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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)	(m) (w) (x) (d)	(m) (w) (x) (d)	(m) (w) (x) (d)	(m) (w) (x) (d)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	leibliches Kind* Stiefkind Enkel Pflegekind	leibliches Kind* Stiefkind Enkel Pflegekind	leibliches Kind* Stiefkind Enkel Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	(nein)	(nein)	(nein)

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung bestand • vom – bis • bei				
Art der bisherigen Versicherung:	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienversicherung 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/-versicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Mehr als geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (monatlich) Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Einkünfte aus Kapitalvermögen, Kapitalabfindungen (monatlich) Bitte fügen Sie Nachweise bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte fügen Sie den Rentenbescheid bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte
Sonstige regelmäßige Einkünfte (monatlich) im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Unterhaltszahlungen, Veräußerungsgewinne,...) Bitte fügen Sie Nachweise bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst, oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
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.				

Ort, Datum

Unterschrift

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.