

Zurück an:



| |
|-------------------------------------|
| _____ Vorname Name des Mitglieds |
| _____ KV-Nr.: |

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- 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
 - Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
 - 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 Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
 - Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (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. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

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. Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen. | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht <small>(m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)</small> | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d) |
| Geburtsdatum | | | | |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small> | _____ | <input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small> | _____ | <input type="checkbox"/> (nein) | <input type="checkbox"/> (nein) | <input type="checkbox"/> (nein) |

Name des Mitglieds:

KV-Nr.:

| Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| Die bisherige Versicherung • endete am: • bestand bei: (Name der Krankenkasse) | | | | |
| Art der bisherigen Versicherung: | <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) | | _____ | _____ | _____ |

| Sonstige Angaben zu Familienangehörigen | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. | € | € | € | € |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) | € | € | € | € |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) | € | € | € | € |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) |€ (Art der Einkünfte) |€ (Art der Einkünfte) |€ (Art der Einkünfte) |€ (Art der Einkünfte) |
| Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen) | _____ | vom..... bis | vom..... bis | vom..... bis |
| Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) | _____ | vom..... bis | vom..... bis | vom..... bis |

| Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige | | | | |
|---|----------|------|------|------|
| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| 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.

Ort, Datum

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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.