

Familienversicherung

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung



Allgemeine Angaben des Mitglieds

Vorname, Name des Mitglieds
Geburtsdatum

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung **>** versichert bei: _____
Name der Krankenkasse
 nicht gesetzlich krankenversichert

- 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 folgender Telefonnummer zu erreichen: _____ (freiwillige Angabe)

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

Angaben zu Familienangehörigen

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. Ehe-, Lebenspartnerschafts-, 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)	<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 (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		<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? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

> Bitte weitere Angaben auf der Rückseite beachten.

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 Mitglied- schaft 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.	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebs- rente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoar- beitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäfti- gung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen). Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	..... EUR Art der Einkünfte	..... EUR Art der Einkünfte	..... EUR Art der Einkünfte	..... EUR Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	/			
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	/			

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer 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.

X Ort, Datum	X Unterschrift des Mitglieds	X 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.