

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name des Mitglieds	
Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum des Mitglieds

Allgemeine Angaben des Hauptversicherten

Ich war bisher wie folgt krankenversichert:

- Im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
- Im Rahmen einer Familienversicherung
- Nicht gesetzlich

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens (bitte vollständigen Namen angeben):

Familienstand

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit | _ _ _ _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit | _ _ _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> geschieden seit | _ _ _ _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> verwitwet seit | _ _ _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit | _ _ _ _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> ledig | |

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Geburt eines Kindes |
| <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft eines Angehörigen | <input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland am |
| <input type="checkbox"/> Heirat | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Wichtige Informationen zu Ihren Angaben

Wir benötigen immer die Informationen zur Krankenversicherung Ihres Ehepartners/Lebenspartners, wenn die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehepartner/Lebenspartner mit den Kindern verwandt ist. Ist Ihr Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert, sind dessen Einnahmen anzugeben und durch Einkommensnachweise zu belegen. Hierbei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Sofern Ihr Ehepartner/Lebenspartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, sind keine Angaben zum Einkommen erforderlich. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Angaben zu Ihren Familienangehörigen (bitte füllen Sie die Felder aus, die für Sie zutreffen)

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Familienversicherung	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Nachname*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen Ihnen und Ihren Angehörigen benötigen wir eine Kopie der Geburts- oder Heiratsurkunde. Können Sie diese Unterlagen nicht vorlegen, können Sie das Verwandtschaftsverhältnis anhand von anderen geeigneten Unterlagen (zum Beispiel Kindergeldbescheid) einmalig nachweisen.				
Vorname				
Geburtsdatum	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Krankenversicherungsnummer				
Rentenversicherungsnummer				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
Die Angaben im folgenden Abschnitt werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Mehrling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name des Mitglieds	
Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum des Mitglieds

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Nachname				
Vorname				
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers, u = unbekannt)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	--- entfällt ---	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel
Sind Sie mit dem Elternteil des Kindes verheiratet?	--- entfällt ---	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ende der bisherigen Versicherung Name der Krankenkasse (Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens ein.)	Die bisherige Versicherung endete am _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ und bestand bei _____	Die bisherige Versicherung endete am _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ und bestand bei _____	Die bisherige Versicherung endete am _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ und bestand bei _____	Die bisherige Versicherung endete am _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ und bestand bei _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens ein.)		--- entfällt ---	--- entfällt ---	--- entfällt ---
Art der bisherigen oder bestehenden 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 der die Familienversicherung abgeleitet wurde	Nachname	Nachname	Nachname	Nachname
	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname

Sonstige Angaben zu Ihren Familienangehörigen

Schulbesuch oder Studium (Bei Kindern ab 23 Jahren aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen.)	--- entfällt ---	vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	--- entfällt ---	vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Ist eine Änderung der Verhältnisse absehbar, die zum Ende der Familienversicherung führt, zum Beispiel Schulende oder Beschäftigungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche?

Name des Mitglieds	
Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum des Mitglieds

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Nachname				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit (Bitte eine Kopie des aktuell vorliegenden Einkommensteuerbescheides beifügen.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit _ _ _ _ _ _ , _ _
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _
Mehr als geringfügige Beschäftigung (Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ , _ _
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten (Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ , _ _
Sonstige Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (Zum Beispiel: Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung oder sonstige Einkünfte, wie zum Beispiel Abfindungen bei Verlust des Arbeitsplatzes. Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise für jede Einkommensart bei.)	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ , _ _	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ , _ _
Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II oder III (Bitte legen Sie uns eine Kopie des Leistungsbescheides bei.)	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ich bin zu erreichen unter (freiwillige Angabe)

Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil
E-Mail-Adresse	

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben genannten Angehörigen verändert (zum Beispiel neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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 unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 Sozialgesetzbuch (SGB) V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben (§§ 10, 284 SGB V, § 7 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) 1989, § 25 SGB XI).