

# Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name des Hauptversicherten
Krankenversicherternummer

## 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):

Mein Familienstand

- verheiratet seit
- getrennt lebend seit
- geschieden seit
- verwitwet seit
- in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit
- ledig

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft
- Geburt eines Kindes
- Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft eines Angehörigen
- Zuzug aus dem Ausland am
- Heirat
- Sonstiges:

## Wichtige Informationen zur Ihren Angaben

Bitte geben Sie uns immer die Informationen zur Krankenversicherung Ihres Ehepartners/Lebenspartners. Zur Prüfung der Familienversicherung benötigen wir die Angaben auch dann, wenn nur Ihre Kinder familienversichert werden sollen. Ist Ihr Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den familienversicherten Kindern verwandt, 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name*				
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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



Name des Hauptversicherten
Krankenversicherernummer

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit (bitte eine Kopie des aktuell vorliegenden Einkommensteuer- bescheides 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, Versorgungs- bezüge, 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 Einkommensteuer- rechts (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  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  €
Arbeitslosengeld II (bitte legen Sie uns eine Kopie des Leistungsbescheides bei. Bitte geben Sie auch Zeiten des Leistungsbezuges an, die in dem zu prüfenden Zeitraum geendet haben.)	<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