

Name, Vorname des Mitglieds

F

KV-Nummer

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

▶ Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei

_____ Name der Krankenkasse

im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei

_____ Name der Krankenkasse

nicht gesetzlich krankenversichert

▶ Familienstand

ledig

verheiratet

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

seit

seit

seit

seit

Eingetragene Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen) seit

▶ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft

Geburt eines Kindes

Heirat

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft eines Angehörigen

Sonstiges

▶ Beginn der Familienversicherung: _____

▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefonnummer: _____

_____ 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*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich)	(m) (w)	(m) (w)	(m) (w)	(m) (w)
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 beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Name, Vorname des Mitglieds

--

F

--

KV-Nummer

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Nachname				
Vorname				
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	Mitgliedschaft Familienv- sicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienv- sicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienv- sicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienv- sicherung 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
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsren- te, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Einkommensnachweise beifügen!	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Bitte Einkommensnachweise beifügen!	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 Studien- bescheinigung beifügen) Schulart z. B. Realschule/Klasse (freiwillige Angaben)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	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

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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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, 1 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Bearbeitungsvermerk der AOK

Beratung am

durch Name, Vorname, Unterschrift

Direktions- und Beraternummer