

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
- 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: _____
- Meine Telefonnummer (tagsüber): _____ (freiwillige Angabe)
- Meine E-Mail-Adresse _____ (freiwillige Angabe)

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für die Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner allgemeine Angaben und die Informationen zu seiner Versicherung - bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll - . Sofern der Ehegatte/Lebenspartner mit den Kindern verwandt und nicht gesetzlich versichert ist, sind Angaben zu seinem Einkommen erforderlich. Diese sind zwingend mit entsprechenden Einkommensnachweisen zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie: Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Ihre Angaben benötigen wir deshalb vollständig.

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)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
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?	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur bisherigen oder weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... (Datum)	..... (Datum)	..... (Datum)	..... (Datum)
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) (Name)	..... (Vorname) (Name)	..... (Vorname) (Name)	..... (Vorname) (Name)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)	..... .....	.....	.....	.....

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit -monatlich- (Bitte fügen Sie eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.....EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.....EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.....EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.....EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung -monatlich-	.....EUR	.....EUR	.....EUR	.....EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten -monatlicher Zahlbetrag- (Bitte fügen Sie Nachweise über diese Einnahmen bei.)	.....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 fügen Sie eine Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheides bei.)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte fügen Sie bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- oder Studienbescheinigung bei.)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst, freiwilliger Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, vergleichbarer anerkannter Freiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer (Bitte fügen Sie eine Bescheinigung bei.)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
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 oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____ bzw. Unterschrift der Familienangehörigen _____
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen (Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)
 zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Datenschutzhinweis:
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I, § 206 SGB V bzw. § 99 SGB X erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Familienversicherung nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder an unsere Datenschutzbeauftragten unter Tel. 0800 265 080 0 bzw. E-Mail: Datenschutz-Service@nordost.aok.de.

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost										
Betriebsnummer										MA 1 <input type="checkbox"/> MA 2 <input type="checkbox"/> Kundengruppe <input type="checkbox"/> Anr. <input type="checkbox"/> k. Anr. <input type="checkbox"/>
SAP BLN, BRB bzw. MV										
SAP extern										
Datum, Unterschrift und Namensstempel Leiter/-in										
Bearbeitungsvermerke MSB										

Informationen zur Familienversicherung

Bitte informieren Sie uns, sobald sich bei Ihnen, Ihrem Ehegatten/Lebenspartner oder Ihrem Kind etwas ändert (z. B. bei einer Einkommensänderung, Änderung des Familienstandes oder Ende der Schul- oder Berufsausbildung). Wir müssen dann prüfen, ob die Voraussetzungen für die kostenfreie Familienversicherung für Ihre Angehörigen weiterhin gegeben sind. Sofern die Voraussetzungen hierfür nicht mehr vorliegen, beraten wir Sie gern über den weiteren Versicherungsschutz (z. B. eine freiwillige Krankenversicherung).

Die Familienversicherung endet mit dem Wegfall der gesetzlichen Voraussetzungen.

Gründe für die Beendigung einer Familienversicherung eines Kindes können sein:

- Ende der Schulausbildung
- Ende des Studiums bzw. der Berufsausbildung
- Überschreiten der Altersgrenze (18., 23. bzw. 25. Lebensjahr)
- Wechsel des Vaters/der Mutter aus der gesetzlichen in die private Krankenversicherung
- Änderung des Einkommens des privatkrankenversicherten Elternteils

Weitere Gründe für die Beendigung einer Familienversicherung können sein:

- Arbeitsaufnahme
- Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit
- Rentenantragstellung
- Bewilligung von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld I)
- Änderung des Einkommens des Angehörigen
- dauernder Aufenthalt im Ausland
- Ende der Mitgliedschaft (z. B. bei Aufgabe der Beschäftigung, Wegfall des Bezuges von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Kündigung)
- Auflösung der Ehe durch Scheidung
- Aufhebung der Lebenspartnerschaft durch ein gerichtliches Urteil

Der Beginn und das Ende des freiwilligen Wehrdienstes, des Bundesfreiwilligen Dienstes – wenn keine Versicherungspflicht vorliegt – sowie die Tätigkeit als Entwicklungshelfer haben Einfluss auf die Gewährung von Leistungen. Für die Dauer dieser Dienste ruht der Anspruch auf Leistungen.

Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an. Wir beraten Sie gern.

Ihre AOK Nordost – Die Gesundheitskasse