

Name, Vorname:  
Krankenversicherten-Nr.:

**Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung**

**1. Allgemeine Angaben des Mitglieds**

Ich war bisher  
 als Mitglied       als Familienangehöriger      versichert bei der \_\_\_\_\_  
 nicht gesetzlich krankenversichert.      Name der Krankenkasse

Familienstand:     ledig     verheiratet     getrennt lebend     geschieden seit \_\_\_\_\_     verwitwet  
 Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG)

Ich habe keine/n Ehegattin/en und keine Kinder (Weitere Angaben sind nicht erforderlich. Bitte nur noch Abschnitt 3 ausfüllen!)

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 Fragen bin ich unter folgender Telefonnummer und E-Mail-Adresse zu erreichen:

Telefon\*: \_\_\_\_\_ Handy\*: \_\_\_\_\_ E-Mail\*: \_\_\_\_\_

**2. Angaben zu Familienangehörigen**

Nachfolgend sind Angaben grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehegatten/Ehegattin 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/der Ehegatten/Ehegattin und – sofern der/die Ehegatte/Ehegattin nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem/ihrer 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. Dem/Der Ehegatten/Ehegattin sind die Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz gleichgestellt.

**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**

	Ehegatte/in	Kind	Kind	Kind
① Name				
① Vorname				
② Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
ggf. abweichende Anschrift				
③ Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied:		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <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

**Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen**

④ Die bisherige Versicherung o endete am: o 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 Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	..... (Name) ..... (Vorname)	..... (Name) ..... (Vorname)	..... (Name) ..... (Vorname)	..... (Name) ..... (Vorname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse)				

Bitte auf der Folgeseite unterschreiben. Vielen Dank!

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte/in	Kind	Kind	Kind
⑤ Selbstständige Tätigkeit liegt vor ⑥	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
⑤ Gewinn aus selbstständiger ⑥ Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
⑤ Bruttoarbeitsentgelt aus geringfü- ⑥ giger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
⑥ Gesetzliche Rente, Versor- gungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
⑤ Sonstige regelmäßige monatli- ⑥ che Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Ver- pachtung, Einkünfte aus Kapitalver- mögen)	..... EUR  ..... (Art der Einkünfte)	..... EUR  ..... (Art der Einkünfte)	..... EUR  ..... (Art der Einkünfte)	..... EUR  ..... (Art der Einkünfte)
② Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine aktuelle Schul- bzw. Studienbeschei- nigung beifügen.		vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
② Schulform (z. B. Haupt-, Realschule, Gymnasium)				
② Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis .....
Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
Rentenversicherungsnummer				

**Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.**

Geburtsname				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

### 3. Unterschrift(en)

⑦ Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner oben angegebenen Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) gesetzlichen oder privaten Krankenkasse werden.

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, ansonsten ist die Unterschrift des Mitglieds ausreichend.

#### Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services und Produkte der AOK NORDWEST, auch im Rahmen von Kundenbefragungen, zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

**Bitte hier unterschreiben\*\*:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

**\*\*Hinweis: Jeder Familienangehörige ab 15 Jahre bitte selbst unterschreiben**

#### Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses nach § 10 SGB V und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung kann die Familienversicherung nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@nw.aok.de](mailto:datenschutz@nw.aok.de). Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.