

Name, Vorname _____

Datum _____

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
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- ▶ 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 Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ 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				
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? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Name, Vorname

Datum

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde (Vorname) (Nachname) (Vorname) (Nachname) (Vorname) (Nachname) (Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenvers.)		_____	_____	_____

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 selbst.Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie akt. 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, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	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)	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 Studienbescheinigung beifügen) Schulart (Haupt-, Realschule, Gymn. usw.).	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer 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 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.



Die Familienversicherung

Bei der AOK können Kinder, Ehepartner und nach deutschem Recht eingetragene Lebenspartner unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei mitversichert werden, wenn sie kein eigenes oder nur ein geringes Einkommen haben. Zusätzlich erhalten sie viele Leistungen ohne Zuzahlung und Eigenanteil. Die Familienversicherung gilt grundsätzlich für die ganze Familie. Dennoch sind einige Voraussetzungen dafür zu erfüllen:

Personenkreis:

- Kinder, Adoptivkinder (bitte eine **Kopie der Geburtsurkunde** beifügen)
- Ehepartner (bitte eine **Kopie der Heiratsurkunde** beifügen)
- Stiefkinder und Enkel, wenn das Mitglied sie überwiegend unterhält
- Pflegekinder, wenn sie wie Kinder mit den Pflegeeltern in häuslicher Gemeinschaft leben.
- Kinder von familienversicherten Kindern

Wohnsitz:

- Die Angehörigen müssen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben.

Altersgrenze: Kinder sind mitversichert bis ...

- zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn die Kinder nicht erwerbstätig sind.
- zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie zur Schule gehen, eine Berufsausbildung absolvieren, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen Bundesfreiwilligendienst leisten (bitte eine **Kopie der Schul- oder Studienbescheinigung oder entsprechende Bescheinigung** beifügen)
- Gegebenenfalls darüber hinaus durch einen bereits geleisteten Wehr- und Zivildienst oder einen bereits geleisteten Freiwilligendienst
- Keine Altersgrenze gilt für Kinder, die wegen Behinderung außerstande sind, selbst für ihren Unterhalt zu sorgen. Voraussetzung ist, dass die Behinderung bereits in der Zeit bestand, in der das Kind familienversichert war

Wann ist keine Mitversicherung möglich?

- Wenn Ehegatte, Lebenspartner oder Kinder selbst pflichtversichert bzw. freiwillig versichert, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.
- Wenn das Familienmitglied hauptberuflich selbstständig tätig ist.
- Wenn das Familienmitglied über ein Gesamteinkommen verfügt, das monatlich 415 Euro übersteigt. Bei geringfügig Beschäftigten liegt die Einkommensgrenze bei regelmäßig 450 Euro.
- Ehegatten sind für die Dauer der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz sowie in der Elternzeit nicht familienversichert, wenn sie zuletzt nicht gesetzlich krankenversichert waren. Sie bleiben dann weiterhin privat krankenversichert.
- Eine Mitversicherung von Kindern ist ausgeschlossen, wenn der eine Ehe-/Lebenspartner gesetzlich krankenversichert ist, während der andere mit dem Kind verwandte Ehe-/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert ist, sein Gehalt monatlich 4.687,50 Euro übersteigt und er gleichzeitig regelmäßig mehr als der gesetzlich versicherte Ehegatte/ Lebenspartner verdient.

Bei Fragen zur Familienversicherung können Sie sich gerne an eines unserer AOK-Kundencenter in ihrer Nähe wenden.

**Ihre AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Die Gesundheitskasse**