

Familienfragebogen

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 10, 284, 289 Sozialgesetzbuch (SGB) V, §§ 25, 94, 100 SGB X und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

⇒ **Angaben zu Ihrem Ehegatten unbedingt auch dann eintragen, wenn ausschließlich Kinder familienversichert werden sollen!**

1. Angaben zum Mitglied		Krankenversichertennummer des Mitglieds:					
Name, Vorname							
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend					
2. Angaben zu den Familienangehörigen		Ehegatte /Lebenspartner	Kind	Kind	Kind		
Bei welchem Elternteil, sollen die Kinder versichert werden?		<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
Ab welchem Zeitpunkt soll die Familienversicherung beginnen?							
Name							
Vorname							
Geschlecht		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum							
Geburtsname							
Geburtsort							
Geburtsland							
Staatsangehörigkeit							
Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden) Ansonsten bitte unbedingt Geburtsort und -name angeben							
Anschrift (falls abweichend vom Mitglied)							
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied		<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind					
Beschäftigungsverhältnis		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geringfügige Beschäftigung		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbständige Tätigkeit (bitte Steuerbescheid beifügen)		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erwerbslos (wenn ja, beim Arbeitsamt gemeldet? Bitte Bescheid beilegen!)		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Angehörige aus sonstigen Gründen krankenversicherungsfrei oder von der Kranken-/Pflegeversicherungspflicht befreit?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Eigene Krankenversicherung?		vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*	vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*	vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*	vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*		
*Sollte Ihr Ehegatte oder Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert sein, fügen Sie bitte einen aktuellen Einkommensnachweis bei.							
Monatliches Bruttoeinkommen des Angehörigen		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Einkommensart (Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Zinsen, Pension, etc.)							
3. Zusatzangaben für Stief-, Enkel- und Pflegekinder							
Sind die leiblichen Eltern selbst Mitglied einer gesetzlichen Kranken- / Pflegekasse?		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher?							
Ab welchem Zeitpunkt ist das Kind im Haushalt des Mitglieds aufgenommen worden?							
4. Zusatzangaben für Kinder über 18 Jahren							
Schulbesuch, Studium oder Berufsausbildung Bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigungen beifügen		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wehr- oder Zivildienst Bitte Dienstbescheinigung beifügen		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Kind wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande, sich selbst zu unterhalten?		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Kind arbeitslos? Wenn ja, seit wann? Bescheid über Meldung beim Arbeitsamt bitte einreichen!		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Eintretende Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.		Mit der Angabe dieser Daten zur Überprüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden					
Datum / Unterschrift des Mitglieds		Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners		Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben			

Bitte Belege beifügen

Bitte fügen Sie diesem Antrag die erforderlichen Nachweise bei (z. B. Mitglieds- oder Versicherungsbescheinigung der bisherigen Krankenkasse, Einkommensnachweise, Bescheid über den Bezug von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Schul- oder Studienbescheinigung, Behindertenausweis)