

# Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

|   |  |   |
|---|--|---|
| Vorname des Mitglieds<br><input style="width: 95%;" type="text"/> | Name des Mitglieds<br><input style="width: 95%;" type="text"/> | KV-Nummer<br><input style="width: 95%;" type="text"/> |
|---|--|---|

## → 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

**Ich war bisher:**

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung

} versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

nicht gesetzlich krankenversichert

**Familienstand:**

ledig       verheiratet       getrennt lebend       geschieden       verwitwet  
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

**Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:**

Beginn meiner Mitgliedschaft       Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen  
 Heirat (**Bitte Heiratsurkunde beifügen.**)       Geburt des Kindes (**Bitte Geburtsurkunde beifügen.**)       Sonstiges \_\_\_\_\_

Beginn der Familienversicherung: \_\_\_\_\_

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

## → 2. 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 Ehepartner/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 Ehepartner/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/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.**

## → 3. Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

|  | Ehepartner  | Kind 1   | Kind 2   | Kind 3   |
|--|---|--|--|--|
| Name*  | _____   | _____  | _____  | _____  |
| * Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehepartner/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  | _____<br>_____  | _____<br>_____   | _____<br>_____   | _____<br>_____   |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind<br><b>Bitte fügen Sie eine Geburtsurkunde/<br/>einen Abstammungsnachweis für das<br/>zu versichernde Kind bei.</b>  | ----  | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |
| (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)  |   |  |  |  |
| Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?<br>(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)  | ----  | <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> nein  |

➔ **4. Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen**

|   | Ehepartner  | Kind 1  | Kind 2  | Kind 3  |
|---|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung<br>▪ endete am:<br>▪ bestand bei: (Name der Krankenkasse)  | _____   | _____   | _____   | _____   |
| Art der bisherigen Versicherung:  | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde | Vorname _____<br>Nachname _____   | Vorname _____<br>Nachname _____   | Vorname _____<br>Nachname _____   | Vorname _____<br>Nachname _____   |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)  | _____   | ----  | ----  | ----  |

➔ **5. Sonstige Angaben zu Familienangehörigen**

|  | Ehepartner                       | Kind 1                           | Kind 2                           | Kind 3                           |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>5.1</b> Wird Arbeitslosengeld II bezogen?   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> ja      |
| <b>5.2</b> Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)  | ----                             | vom _____<br>bis _____           | vom _____<br>bis _____           | vom _____<br>bis _____           |
| <b>5.3</b> Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)   | ----                             | vom _____<br>bis _____           | vom _____<br>bis _____           | vom _____<br>bis _____           |
| <b>5.4</b> 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                        |
| <b>5.5</b> Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) Bitte entsprechende Nachweise beifügen.  | _____ EUR                        | _____ EUR                        | _____ EUR                        | _____ EUR                        |
| <b>5.6</b> Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte entsprechende Nachweise beifügen  | _____ EUR                        | _____ EUR                        | _____ EUR                        | _____ EUR                        |
| <b>5.7</b> 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<br>(Art der Einkünfte) |

➔ **6. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige**

|   | Ehepartner | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 |
|---|------------|--------|--------|--------|
| 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.