

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name, Vorname des Mitglieds _____

KV-
Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Ich war bisher <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____ Name der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____ (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik Ehegatte zu machen)	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Beginn der Familienversicherung: _____	
Mein Ehegatte ist selbst versichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	
Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. / Email-Adresse _____ zu erreichen (freiwillige Angabe)	

Angaben zu Familienangehörigen

Die nachfolgenden 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* <small>(*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.)</small>				
Vorname				
Geschlecht <small>(m = männlich; w = weiblich x = unbestimmt)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				
Geburtsname				
Geburtsort / Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: <small>(* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	/	<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? <small>(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	/	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <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 oder Krankenversicherung)				

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR
mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (bitte Nachweise beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR
mtl. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen, Vermietung / Verpachtung, Sonstige regelmäßige Einkünfte (bitte Nachweise beifügen)	EUR _____ Art der Einkünfte			
mtl. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, sonstige Rente (bitte Nachweise beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	/	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Angabe 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 Bruttoeinkommen meiner Angehörigen verändert (neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.