

Einheitliche Grundsätze zum  
Meldeverfahren bei Durchführung  
der Familienversicherung  
(Fami-Meldegrundsätze)

vom 2. Dezember 2015



Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V regelt der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen\* sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen:

## § 1

### Allgemeines

(1) Diese Grundsätze regeln das Nähere zum Inhalt und zur Gestaltung des Meldeverfahrens zwecks Durchführung der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) in der Rechtsbeziehung zwischen dem Mitglied und der zuständigen Krankenkasse sowie in den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander. Sie gelten für die Durchführung der Familienversicherung in der Pflegeversicherung (§ 25 SGB XI) gleichermaßen; dabei tritt an die Stelle der Krankenkasse die bei der Krankenkasse errichtete Pflegekasse.

(2) Das Meldeverfahren baut auf den Melde- und Nachweispflichten des Mitglieds gegenüber der zuständigen Krankenkasse auf und legt das Verfahren zur Feststellung und zur Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung für Familienangehörige sowie die dabei zu verwendenden einheitlichen Meldevordrucke fest. Familienangehörige sind der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem LPartG, die Kinder des Mitglieds und die Kinder von familienversicherten Kindern sowie die aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts anspruchsberechtigten Personen.

(3) Diese Grundsätze regeln darüber hinaus die einheitlichen und verbindlichen Kriterien zur Ausübung des Wahlrechts des Mitglieds bei mehrfach begründbaren Familienversicherungen (§ 10 Abs. 5 SGB V).

(4) Die Anlagen 1 und 2 sind als einheitliche Meldevordrucke im Sinne des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V Bestandteil dieser Grundsätze und von den Mitgliedern, Familienangehörigen und den Krankenkassen zu verwenden. Der verbindliche Charakter der Vordrucke bezieht sich auf die darin enthaltenen Mindestinhalte. Wird in diesen Grundsätzen der Begriff „Vordruck entsprechend der Anlage 1 bzw. 2“ verwendet, umfasst dieser auch eine entsprechende für die elektronische Versendung an die Krankenkasse bestimmte Fassung des Vordrucks.

---

\* Für die landwirtschaftliche Krankenkasse und ihre Versicherten sind diese Grundsätze mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des § 10 SGB V die Regelungen des § 7 KVLG 1989 i. V. m. § 10 SGB V treten.



## § 2

### Meldepflichten des Mitglieds

(1) Das Mitglied hat seine Familienangehörigen, soweit für sie eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V in Betracht kommt, mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben bei deren Beginn unverzüglich mit einem Vordruck entsprechend der Anlage 1 an die Krankenkasse zu melden, bei der seine Mitgliedschaft besteht (zuständige Krankenkasse).

(2) Änderungen der nach Absatz 1 gemeldeten Angaben, die für die Durchführung der Familienversicherung erheblich sind, hat das Mitglied an die zuständige Krankenkasse zu melden.

(3) Das Mitglied hat die für den Fortbestand der Familienversicherung erforderlichen Voraussetzungen auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Vordruck entsprechend der Anlage 2 nachzuweisen.

(4) Die Krankenkasse hat dem Mitglied zur Erfüllung seiner Meldepflicht nach Absatz 1 einen Vordruck entsprechend der Anlage 1 und zur Erfüllung der Meldepflicht nach Absatz 3 einen Vordruck entsprechend der Anlage 2 zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Vordrucke entsprechend den Anlagen 1 und 2 sind vom Mitglied zu unterschreiben. Mit seiner Unterschrift erklärt das Mitglied, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei vom Mitglied getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von dem getrennt lebenden Familienangehörigen abgegeben werden. Werden die Vordrucke entsprechend den Anlagen 1 oder 2 in einer für die elektronische Versendung an die Krankenkasse bestimmten Fassung verwendet, entfällt das Unterschriftserfordernis im Sinne der Sätze 1 bis 3.

## § 3

### Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

(1) Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung einer Familienversicherung bei ihr gegeben sind.

(2) Bei Anfragen zur Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Familienversicherung nach Absatz 1 ist ein Vordruck entsprechend der Anlage 1 zu verwenden.



(3) Die Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, erfolgt abweichend von Absatz 2 auf Grundlage der Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers.

#### § 4

##### Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

(1) Die Krankenkasse hat grundsätzlich jährlich zu überprüfen, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind (Bestandspflege). Von einer jährlichen Bestandspflege kann für Familienangehörige abgesehen werden, bei denen eine Änderung der persönlichen Verhältnisse, die zum Wegfall der Familienversicherung führen, typischerweise unwahrscheinlich ist. Dies sind:

1. Kinder ohne Einkommen vor vollendetem 15. Lebensjahr,
2. Kinder im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V,
3. Studenten ohne Beschäftigung,
4. Ehegatten und Lebenspartner nach dem LPartG, die die Regelaltersgrenze im Sinne des § 35 i. V. m. § 235 SGB VI erreicht haben, und
5. Familienangehörige, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

In den vorgenannten Fällen überprüft die Krankenkasse spätestens alle drei Jahre, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung von Kindern, deren Elternteil mit dem Mitglied verheiratet oder verpartnert und nicht gesetzlich krankenversichert ist, sind im Sinne des Satzes 1 jährlich zu überprüfen. Dies gilt auch bei Sachverhalten im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

(2) Bei Anfragen zur Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung nach Absatz 1 ist ein Vordruck entsprechend der Anlage 2 zu verwenden.

(3) Bei Anfragen zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, sollen abweichend von Absatz 2 die vom GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), zu diesem Zweck aufgelegten Vordrucke „FV RSA“ in der jeweils gültigen Fassung verwendet werden; dabei beschränken sich die Feststellungen der deutschen Krankenkasse auf das



Bestehen eventueller vorrangiger eigener Versicherungen der Familienangehörigen im Wohnstaat.

## § 5

### Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

(1) Die für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben sind vom Mitglied nachzuweisen. Als Nachweise kommen in Betracht

1. bei Ehegatten und Lebenspartnern nach dem LPartG eine Erklärung auf dem Vordruck entsprechend der Anlage 1 oder Anlage 2,
2. bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck entsprechend der Anlage 1 oder Anlage 2,
3. bei Kindern vom vollendeten 18. bis zum 23. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck entsprechend der Anlage 1 oder Anlage 2,
4. bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine entsprechende Bescheinigung der Schule oder Ausbildungsstätte; die Bescheinigung ist für ein Jahr anzuerkennen, längstens jedoch bis zum Ende des Schuljahres; bei Studenten gilt die Meldung der Hochschule über die Einschreibung (§ 4 SKV-MV) als Nachweis,
5. bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich zwischen zwei Ausbildungsabschnitten befinden (z. B. zwischen Abitur und Aufnahme eines Studiums), eine entsprechende Erklärung,
6. bei Kindern vom vollendeten 23. Lebensjahr, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, eine ärztliche Bestätigung über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung,
7. bei im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, der von der DVKA zu diesem Zweck aufgelegte Vordruck „FV RSA“, sofern die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers nach Absatz 7 nicht herangezogen werden kann.

(2) Bei Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus infolge Unterbrechung oder Verzögerung der Familienversicherung durch Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht oder eines Freiwilligendienstes oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer ist ein Nachweis über die Ableistung einer der vorgenannten Dienste vorzulegen.



(3) Für die Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung nach § 10 Abs. 3 SGB V ist das Gesamteinkommen durch geeignete Einkommensnachweise zu belegen.

(4) Für die Prüfung des überwiegenden Unterhalts im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind die Einnahmen durch Einkommensnachweise zu belegen. Auf Einkommensnachweise kann verzichtet werden, wenn lediglich das Mitglied Einnahmen erzielt. Satz 2 gilt entsprechend für die Nachweise über das Einkommen des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem LPartG des Mitglieds, wenn dieser ebenfalls familienversichert ist.

(5) Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen einmalig nachzuweisen. Dies gilt nicht bei Doppelnamen oder unterschiedlichen Endungen.

(6) Bei Zweifeln, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung vorliegen, hat die Krankenkasse vom Mitglied weitere Beweismittel anzufordern. Als solche kommen insbesondere Einkommensnachweise oder sonstige Unterlagen oder Belege in Betracht.

(7) Bei den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, ersetzt die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers für den maßgebenden Zeitraum von maximal einem Jahr bzw. beim Personenkreis nach § 4 Abs. 1 Satz 3 von maximal drei Jahren den Nachweis nach Absatz 1 Nr. 7.

## § 6

### Beginn und Ende der Familienversicherung

(1) Die Familienversicherung beginnt mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen. Sofern diese bereits am Tag des Beginns der Mitgliedschaft des Mitglieds, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wird, vorliegen, beginnt sie mit diesem Tag; bei Geburt eines Kindes beginnt die Familienversicherung bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen mit der Geburt.

(2) Die Familienversicherung endet mit dem Tod oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen für die Familienversicherung entfallen, spätestens jedoch mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds.



(3) Bei Kenntnis des Beginns und des Endes der Familienversicherung aktualisieren die Krankenkassen unverzüglich das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V).

## § 7

### Nachwirkung von Nachweisen

Sofern das Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung auf Verlangen der Krankenkasse nicht nachgewiesen wird (§ 289 Satz 3 SGB V) oder eine Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung wegen ihrer Beendigung nicht mehr in Betracht kommt, ist das Versichertenverzeichnis (§ 288 SGB V) für die nicht nachgewiesenen Familienversicherungszeiten zu berichtigen. Für die Berichtigung der Familienversicherungszeiten ist von einer Beendigung der Familienversicherung ein Jahr nach dem Zeitpunkt auszugehen, für den letztmalig die Voraussetzungen der Familienversicherung nachgewiesen bzw. festgestellt worden sind (Nachwirkungszeitraum), es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine frühere Beendigung vor; bei Personen im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 3 wird der Nachwirkungszeitraum in Anlehnung an den für sie geltenden Prüfrhythmus bei der Bestandspflege auf längstens drei Jahre verlängert.

## § 8

### Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V

(1) Übt das Mitglied wegen des Beginns seiner Mitgliedschaft bzw. wegen des Beginns einer Versicherung nach § 10 SGB V das Wahlrecht (§ 10 Abs. 5 SGB V) aus, beginnt die Familienversicherung mit dem Beginn der Mitgliedschaft bzw. mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB V.

(2) Wird das Wahlrecht aus einem anderen als in Absatz 1 genannten Anlass ausgeübt, beginnt die Familienversicherung mit dem Tag des Eingangs der Wahlerklärung bei der gewählten Krankenkasse.

(3) Für den Fall, dass das Mitglied die Krankenkasse wechselt und das Wahlrecht nach § 10 Abs. 5 SGB V für die bislang bei der bisherigen Krankenkasse versicherten Familienangehörigen nicht ausübt, beginnt die Familienversicherung bei der Krankenkasse des anderen Mitglieds, aus dessen Mitgliedschaft ebenfalls eine Familienversicherung hergeleitet werden kann, abweichend von Absatz 2 am Tag nach Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse.



## § 9

### Meldungen der Krankenkassen untereinander

(1) Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest,

1. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für das Mitglied vor Beginn der Mitgliedschaft eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für einzelne Familienangehörige vor Beginn der Familienversicherung eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung (einschließlich Angaben zur Stammversicherung) durchgeführt wurde.

(2) Bei Anfragen zur bisherigen Krankenkasse ist der Vordruck entsprechend der Anlage 1 zu verwenden. Bei Sachverhalten nach Absatz 1 Nummer 1 kann die Krankenkasse anstelle eines Vordrucks entsprechend der Anlage 1, insbesondere bei Auszubildenden, die erforderlichen Daten mithilfe der Erklärung im Sinne des § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V erheben.

(3) Bei Änderung der für die Durchführung der Versicherung zuständigen Krankenkasse hat die neue Krankenkasse der bisherigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft oder Familienversicherung zu melden, wenn

1. für das Mitglied selbst bis zur Begründung der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei der neuen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt wurde.

Eine Meldung nach Satz 1 Nummer 2 ist nicht erforderlich, wenn die Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde wie bei der neuen Krankenkasse.

(4) Die bisherige Krankenkasse aktualisiert unverzüglich nach Eingang der Meldung das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) und bestätigt die Aktualisierung gegenüber der neuen Krankenkasse.

(5) Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 und 4 unverzüglich erfolgen.

(6) Wurde für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei der neuen Krankenkasse bei der bisherigen Krankenkasse eine Mitgliedschaft durchgeführt, hat die neue Krankenkasse der bisherigen Kranken-





kasse den voraussichtlichen Beginn der Familienversicherung unverzüglich zu melden. Die bisherige Krankenkasse meldet der neuen Krankenkasse den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft unverzüglich nach Erhalt der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle. Satz 1 gilt nicht bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig oder freiwilliges Mitglied waren.

(7) Ab dem 1. Januar 2014 sind die Meldungen nach Absatz 3, 4 und 6 ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der GKV-Spitzenverband fest. Diese ergeben sich aus den Anlagen zur „Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze“ in der jeweils gültigen Fassung.

## § 10 Inkrafttreten

Diese Grundsätze treten am 1. Januar 2016 in Kraft. Für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2015 gelten die Einheitlichen Grundsätze in der Fassung vom 28. Juni 2011.

### Anhang

Anlage 1: Vordruck „Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung“

Anlage 2: Vordruck: „Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)“



Vorname Name des Mitglieds _____
KV-Nummer: _____

## 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				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<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				
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)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
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	..... (Vorname) ..... (Nachname)	..... (Vorname) ..... (Nachname)	..... (Vorname) ..... (Nachname)	..... (Vorname) ..... (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)		_____	_____	_____

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 selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
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)	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer 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

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.

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.

Vorname Name des Mitglieds KV-Nummer:
--

## Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Angaben sind erforderlich ab \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ihr Familienstand:  ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  getrennt lebend  
 verwitwet  geschieden seit \_\_\_\_\_
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit \_\_\_\_\_  
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- 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 sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde. 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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Zeitangaben <input type="checkbox"/> Name der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)  (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)	vom..... bis..... bei.....  (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung .....	vom..... bis..... bei.....  (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung .....	vom..... bis..... bei.....  (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung .....	vom..... bis..... bei.....  (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung .....
<b>*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.</b>				
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Selbstständige Tätigkeit:</b> o Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit  o Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR
<b>Geringfügige Beschäftigung:</b> o Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung  o Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)</b>	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)
	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)
<b>Mehr als geringfügige Beschäftigung:</b> o Zeitraum der Beschäftigung  o Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR	vom ..... bis ..... .....EUR
<b>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</b>	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)
	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)

**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.