

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Krankenversicherten-Nr.			
Name		Vorname	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____		
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LpartG (Angaben sind unter der Rubrik Ehegatte zu machen.)		
Mein Ehegatte ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____			
<small>(Besteht eine private Krankenversicherung, bitte Einkommensnachweise beifügen.)</small> Name und Sitz der Krankenkasse			
Tagsüber erreichbar unter Telefon:		E-Mail-Adresse:	

Ich war bisher: im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei: _____
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei: _____
 nicht gesetzlich versichert.

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 Ehepartners/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert und mit den Kinder verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind dabei nicht zu berücksichtigen. **Fügen Sie bitte entsprechende Einkommensnachweise bei.**

Grund für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn der Mitgliedschaft
 Geburt Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges:

KV-Nr. Mitglied:	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stiefkind, Pflegekind, Enkel (Bei Stiefkindern bitte Einkommensnachweise der Familie sowie Unterlagen zum Unterhalt beifügen.)				
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	<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
Bisherige Versicherung bei einer anderen Krankenkasse *	vom: bis: bei:	vom: bis: bei:	vom: bis: bei:	vom: bis: bei:
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Wenn eine Familienversicherung bestand, geben Sie bitte Namen und Vornamen des Hauptversicherten an.				

***Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie daher bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

KV-Nr. Mitglied:	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen!	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Wehr- oder Zivildienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen!	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Selbständige Tätigkeit liegt vor. Bitte reichen Sie eine Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheides ein. <small>(Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:
Geringfügige Beschäftigung liegt vor. Bitte geben Sie Ihr monatliches Bruttoentgelt an. <small>(Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)</small>	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom: bis:
Mehr als geringfügig beschäftigt. Bitte Nachweise beifügen! <small>(Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)</small>	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.	vom: bis: _____ € mtl.
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Rente Bitte Nachweise beifügen!	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts. <small>(Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small> Bitte Nachweise beifügen!	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:	vom: bis: _____ € mtl. Art der Einkünfte:

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer:

Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum

Unterschrift des Mitgliedes

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.