

# 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 und Sitz der Krankenkasse
- Ihr Familienstand  ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  getrennt lebend seit \_\_\_\_\_
- verwitwet seit \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit \_\_\_\_\_  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- Ich habe keine Familienangehörigen, die mitversichert werden sollen. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall nur auf der zweiten Seite.
- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
- Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat
- Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen  Sonstiges \_\_\_\_\_
- Zuzug aus dem Ausland
- Beginn der Familienversicherung \_\_\_\_\_
- Bei Rückfragen (freiwillige Angabe)
- Meine Telefonnummer \_\_\_\_\_
- Meine E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## 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*				
*Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männl., w = weibl., x = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
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

--

<b>Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen</b>				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Vorname				
Die bisherige Versicherung - endete am: - 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).		_____	_____	_____

<b>Sonstige Angaben zu Familienangehörigen</b>				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
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.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ Euro (Art der Einkünfte)	_____ Euro (Art der Einkünfte)	_____ Euro (Art der Einkünfte)	_____ Euro (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 Bescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

<b>Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige</b>				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort und 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.**

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

Datum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_  
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Mitglieds

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

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V; § 7 KVLG und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei der Durchführung der Familienversicherung führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok.de/bw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bw/datenschutzrechte).