

Vorname, Name des Mitglieds:

Geburtsdatum des Mitglieds: KV-Nummer:



Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Beginn der Familienversicherung

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet geschieden
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland
 Sonstiges:

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der 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 Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sowie bei Neugeborenen 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 Ihr Ehegatte/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandt- schaftsverhältnis ankreuzen)	-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch/ Studium bei Kindern- ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fortsetzung auf der Rückseite

Vorname, Name des Mitglieds:

Geburtsdatum des Mitglieds: KV-Nummer:

Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die bisherige Versicherung - bei (Name der Krankenkasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- endete am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der bisherigen Krankenversicherung:	<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	<input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	<input type="text"/>	-	-	-

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte/Lebenspartner	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.	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
Geringfügige Beschäftigung liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR
Sonstige regelmäßige 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)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> EUR (Art der Einkünfte)

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 - bei familienversicherten Kindern - der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift des Mitglieds

X _____
ggf. Unterschrift des 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 (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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. Der Nutzung dieser freiwilligen Angaben können Sie jederzeit für die Zukunft widersprechen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO zu Ihren Rechten und Speicherdauer finden Sie unter <https://www.die-ik.de/impressum-daten/datenschutzerklaerung/>.