

Vorname Name des Mitglieds:	
Geburtsdatum 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 seit \_\_\_\_\_     getrennt lebend  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_     geschieden seit \_\_\_\_\_

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit \_\_\_\_\_  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ 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 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 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

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Name*				
* 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				
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				
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 Ihr Ehepartner 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>				
	<b>Ehepartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Vorname				
Die bisherige Versicherung <ul style="list-style-type: none"> <li>• endete am:</li> <li>• bestand bei: (Name der Krankenkasse)</li> </ul>	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
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	..... Vorname ..... Nachname	..... Vorname ..... Nachname	..... Vorname ..... Nachname	..... Vorname ..... Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

<b>Sonstige Angaben zu Familienangehörigen</b>				
	<b>Ehepartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
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), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	..... 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 .....

<b>Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige</b>				
	<b>Ehepartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
<b>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>				
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.**

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.