

Vorname Name des Mitglieds \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

**Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung****Allgemeine Angaben des Mitglieds**

- ▶ Beginn der Familienversicherung: \_\_\_\_\_
- ▶ Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet  
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
- ▶ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:  
☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat  
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ▶ 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 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**

	<b>Ehe-/ Lebenspartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Name*				
* Bei abweichendem Familiennamen 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 = 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 der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> (ja)	<input type="checkbox"/> (ja)	<input type="checkbox"/> (ja)
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> (ja)	<input type="checkbox"/> (ja)	<input type="checkbox"/> (ja)

Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	am..... bei..... .....	am..... bei..... .....	am..... bei..... .....	am..... bei..... .....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <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)		_____	_____	_____

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen				
	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja .....EUR	<input type="checkbox"/> Ja .....EUR	<input type="checkbox"/> Ja .....EUR	<input type="checkbox"/> Ja .....EUR
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) 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)	.....EUR	.....EUR	.....EUR	.....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)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
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 – 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.**

Ort, Datum _____  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.
---	---	---

Datenschutzhinweis <<Hier ist ein krankenkassenindividueller Hinweis unter Beachtung der Mindestinhalte nach § 13 DSGVO einzustellen.>>
---