

**Fragebogen „Aufnahme in die Familienversicherung“**



**Allgemeine Angaben des Mitglieds**

Ich war bisher \_\_\_\_\_ versichert bei \_\_\_\_\_

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
- im Rahmen einer Familienversicherung - Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_
- nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand:  ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  verwitwet  
 getrennt lebend seit \_\_\_\_\_  geschieden  
 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: \_\_\_\_\_
- Beginn der Familienversicherung: \_\_\_\_\_ (Datum TT.MM.JJJJ)

Meine Telefonnummer (tagsüber): \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

**Angaben zu Familienangehörigen**

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für die Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner allgemeine Angaben und die Informationen zu seiner Versicherung - bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll - . Sofern der Ehegatte/Lebenspartner mit den Kindern verwandt und nicht gesetzlich versichert ist, sind Angaben zu seinem Einkommen erforderlich. Diese sind zwingend mit entsprechenden Einkommensnachweisen zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. **Bitte beachten Sie:** Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Ihre Angaben benötigen wir deshalb vollständig.

<b>Allgemeines</b>				
	<b>Ehegatte</b>	<b>1. Kind</b>	<b>2. Kind</b>	<b>3. Kind</b>
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m)ännlich, (w)eiblich, (x)unbestimmt,	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x

	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Geburtsdatum	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind  (** Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	X	<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?	X	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur bisherigen oder weiterbestehenden Versicherung der Familienangehörigen**

Die bisherige Versicherung ➤ endete am:	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)	<u>                    </u> (TT.MM.JJJJ)
➤ bestand bei:	<u>                    </u> (Krankenkasse)	<u>                    </u> (Krankenkasse)	<u>                    </u> (Krankenkasse)	<u>                    </u> (Krankenkasse)
Art der bisherigen Versicherung:  ➤ Mitgliedschaft (1), ➤ Familienversicherung* (2) ➤ nicht gesetzlich versichert (3)	<input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, bei der die Familienversicherung durchgeführt wurde.	<u>                    </u> (Name)  <u>                    </u> (Vorname)	<u>                    </u> (Name)  <u>                    </u> (Vorname)	<u>                    </u> (Name)  <u>                    </u> (Vorname)	<u>                    </u> (Name)  <u>                    </u> (Vorname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:	<input type="checkbox"/> ja  <u>                    </u> (Name der Krankenkasse)	X	X	X

**Sonstige Angaben zu Familienangehörigen**

Haben Ihre familienversicherten Angehörigen Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit? <b>Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	<input type="checkbox"/> ja  EUR <u>      </u>	<input type="checkbox"/> ja  EUR <u>      </u>	<input type="checkbox"/> ja  EUR <u>      </u>	<input type="checkbox"/> ja  EUR <u>      </u>
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja



	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten <b>Bitte letzten Rentenbescheid beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <b>Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium <b>Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen!</b>	X	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wehr- oder Zivildienst, freiwilliger Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, vergleichbarer anerkannter Freiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer <b>Bitte fügen Sie eine Dienstzeitbescheinigung bei!</b>	X	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<b>Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige</b>				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
<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 oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

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

Datum

Unterschrift - Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben

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

Datum

Unterschrift der/des Familienangehörigen - Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I, § 206 SGB V bzw. § 99 SGB X erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Familienversicherung nicht durchgeführt werden. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder an unseren Datenschutzbeauftragten unter Tel. 0800 265 080 0 bzw. E-Mail: [Datenschutz-Service@nordost.aok.de](mailto:Datenschutz-Service@nordost.aok.de).