

Vorname Name des Mitglieds

KV-Nr.:

Straße:

PLZ, Ort:

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

(Alle Angaben sind gültig ab frühestens 01.01.2020)

### 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  getrennt lebend  geschieden  verwitwet
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- **Mein Ehegatte/Lebenspartner ist selbst versichert**  nein  ja, bei \_\_\_\_\_  
**(Bitte stets angeben!)**
- 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 Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- Meine E-Mail-Adresse lautet \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe).

### Angaben zu Familienangehörigen

**Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird.** Bei den Angaben zu den Einkünften sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, unberücksichtigt zu lassen. **Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (d.h. wenn er beispielsweise nicht privat versichert) ist oder nicht mit den Kindern verwandt ist.**

**Einnahmen der Angehörigen sind zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen.**

**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*				
*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=männlich, w=weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	XXXXXXXX	<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?)	XXXXXXXX	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
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)	..... (Vorname)	..... (Vorname)	..... (Vorname)
	..... (Nachname)	..... (Nachname)	..... (Nachname)	..... (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	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.	€	€	€	€
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (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 (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	XXXXXXXX	vom..... bis .....	vom..... bis .....	vom..... bis .....
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	XXXXXXXX	vom..... bis .....	vom..... bis .....	vom..... bis .....

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Lebenslange Krankenversicherungs-Nr.				
Eigene Rentenversicherungs-Nr. (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 diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

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

Datenschutzhinweis: 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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter [www.skd-bkk.de/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO](http://www.skd-bkk.de/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO).