

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Kasernenstr. 61
40213 Düsseldorf

Die Angaben sind erforderlich ab Januar 2007, bei Erstkunden ab Versicherungsbeginn

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name, Vorname _____ Telefonnummer * _____

Versichertennummer _____ Mobil-Telefonnummer * _____

Geburtsdatum _____ E-Mail-Adresse * _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
seit: _____ seit: _____ seit: _____

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
seit: _____ (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Ich war bisher für den Zeitraum von _____ bis _____

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____
 nicht gesetzlich krankenversichert Name und Sitz der Krankenkasse _____

Mein Ehegatte ist selbst versichert nein ja, bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse _____

2. Familienangehörige

Die Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll, dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist). Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften nicht zu berücksichtigen.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (männlich/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
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: z. B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
Arbeitsverhältnis/Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Bitte unbedingt ankreuzen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (bei mehreren Beschäftigungen bitte gesondertes Blatt verwenden)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – Bitte Nachweise in Kopie beifügen (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten Zeitraum, für den die Einkünfte erzielt wurden bzw. werden (sofern der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden)	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____
Schulbesuch/Studium (bitte bei Jugendlichen ab 23 Jahren eine Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (bitte eine Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner oben angegebenen Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____ ggf. Unterschrift der 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 (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

*Die Angaben der Telefonnummern und E-Mail-Adresse sind freiwillig.