|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| Name, Vorname des Mitglieds |  | | |
|  | |  | F | |
| **Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung** | | KV-Nummer | |
|  | |
| **Allgemeine Angaben des Mitglieds** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich war bisher | | | | | | |  | | |
| im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | Name der Krankenkasse | | |  |
| im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | Name der Krankenkasse | | |  |
| nicht gesetzlich krankenversichert | | | |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  | | |  |  |  |
| Familienstand | ledig | | | verheiratet | | | getrennt lebend | geschieden | verwitwet |
|  |  | | | seit | | | seit | seit | seit |
|  |  | | |  | | |  |  |  |
|  | Eingetragene Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG  (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen) seit | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  |  |  |
| Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung | | | | | | |  |  |  |
|  | Beginn meiner Mitgliedschaft | | | | | | Geburt eines Kindes | | Heirat |
|  |  | | | | | |  | |  |
|  | Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft eines Angehörigen | | | | | | | | Sonstiges |
|  |  | | |  | | |  |  |  |
| Beginn der Familienversicherung: | | |  | | | |  |  |  |
| Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefonnummer: | | | | |  | | | zu erreichen (freiwillige Angabe) | |
| Meine E-Mail-Adresse lautet: | |  | | | | | | (freiwillige Angabe) | |

|  |
| --- |
| **Allgemeine 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 Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und - sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist - zu seinem Einkommen notwendig; 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.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der 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, d=divers,  u=unbestimmt) | m  w  d | m  w  u | m  w  u | m  w  u |
| Geburtsdatum |  |  |  |  |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift |  |  |  |  |
| Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied  (\* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.) | \_\_\_\_\_\_ | leibliches Kind\*  Stiefkind  Enkel  Pflegekind | leibliches Kind\*  Stiefkind  Enkel  Pflegekind | leibliches Kind\*  Stiefkind  Enkel  Pflegekind |
| Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?  (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen) | \_\_\_\_\_\_ | (nein) | (nein) | (nein) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen** | | | | |
| Die bisherige Versicherung   * endete am: * bestand bei: (Name der Krankenkasse) |  |  |  |  |
| Art der bisherigen Versicherung: | Mitgliedschaft  Familienver-  sicherung  nicht gesetzlich | Mitgliedschaft  Familienver-  sicherung  nicht gesetzlich | Mitgliedschaft  Familienver-  sicherung  nicht gesetzlich | Mitgliedschaft  Familienver- sicherung  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) |  | \_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname des Mitglieds | |  | | | |
|  | | |  | | | F | | |
|  | | | | KV-Nummer | | |
|  | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Angaben zu Familienangehörigen** | | | | | | |
|  | **Ehegatte** | | **Kind** | **Kind** | **Kind** | |
| Nachname | |  |  |  | |  |
| Vorname | |  |  |  | |  |
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor | Ja | | Ja | Ja | 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 | |
| Wird Arbeitslosengeld II bezogen? | Ja | | Ja | Ja | Ja | |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)  Bitte Einkommensnachweise beifügen! | EUR | | EUR | EUR | EUR | |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)  Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)  Bitte Einkommensnachweise beifügen! | EUR    (Art der Einkünfte) | | EUR    (Art der Einkünfte) | EUR    (Art der Einkünfte) | EUR    (Art der Einkünfte) | |
| Schulbesuch/Studium  (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)  Schulart z. B. Realschule/Klasse (freiwillige Angaben) | \_\_\_\_\_\_ | | vom  bis | vom  bis | vom  bis | |
| Wehr- oder Zivildienst  (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt) | \_\_\_\_\_\_ | | vom  bis | vom  bis | vom  bis | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige** | | | | |
|  | **Ehegatte** | **Kind** | **Kind** | **Kind** |
| Eigene 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 diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| , |  |  |  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift des Mitglieds** | | **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. |

|  |
| --- |
| **Hinweis zum Datenschutz:** Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach den §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 31a SGB X, § 25 SGB XI) zu erheben. Nach § 60 SGB I kann fehlende Mitwirkung zum Verlust des Versicherungsschutzes Ihrer Angehörigen führen. 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/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bearbeitungsvermerk der AOK Bayern | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Beratung am** |  | **durch Name, Vorname, Unterschrift** |  | **Direktions- und Beraternummer** |