

Name, Vorname des Mitglieds



KV-Nummer

### Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

#### 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  
seit

getrennt lebend  
seit

geschieden  
seit

verwitwet  
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 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 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)  | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> u   | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> u   | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> u   |
| Geburtsdatum   |  |  |  |  |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift  |  |  |  |  |
| Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zum Mitglied<br>(* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)   |  | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind*<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?<br>(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)  |  | <input type="checkbox"/> (nein)  | <input type="checkbox"/> (nein)  | <input type="checkbox"/> (nein)  |

#### Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörige

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung<br>o endete am:<br>o bestand bei:  |   |   |   |   |
| Art der bisherigen Versicherung:  | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde |   |   |   |   |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:<br>(Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)   |   |   |   |   |

Name, Vorname des Mitglieds



KV-Nummer

| Sonstige Angaben zu Familienangehörigen   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|   | Ehegatte                    | Kind                        | Kind                        | Kind                        |
| Nachname  |                             |                             |                             |                             |
| Vorname   |                             |                             |                             |                             |
| 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.   | EUR                         | EUR                         | EUR                         | EUR                         |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)  | EUR                         | EUR                         | EUR                         | EUR                         |
| Wird Arbeitslosengeld II bzw. Bürgergeld 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)<br><b>Bitte Einkommensnachweise beifügen!</b>   | EUR                         | EUR                         | EUR                         | EUR                         |
| Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)<br>Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)<br><b>Bitte Einkommensnachweise beifügen!</b> | EUR                         | EUR                         | EUR                         | EUR                         |
| Schulbesuch/Studium ab 18 Jahren (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)   | _____                       | vom<br>bis                  | vom<br>bis                  | vom<br>bis                  |
| freiwilliger Wehrdienst bzw. (Bundes-) Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)   | _____                       | vom<br>bis                  | vom<br>bis                  | vom<br>bis                  |

| Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige |          |      |      |      |
|--|----------|------|------|------|
|  | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)  |          |      |      |      |
| 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 §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 31 a SGB X, § 25 SGB XI) zu erheben. Nach § 60 SGB I kann fehlende Mitwirkung zum Verlust des Versicherungsschutzes Ihrer Angehörigen führen. Für die Prüfung der Familienversicherung nicht erforderliche Daten können auf den Nachweisen geschwärzt 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/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. 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).