

Name, Vorname des Stammversicherten:  
Krankenversicherten-Nr.:

**Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung**

(aok.de/nw)

<b>1. Allgemeine Angaben des Mitglieds</b>	
Ich war bisher <input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger      versichert bei der _____ <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert.      Name der Krankenkasse	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)	
<input type="checkbox"/> Ich habe keine/n Ehegattin/en und keine Kinder (Weitere Angaben sind nicht erforderlich. Bitte nur noch Abschnitt 3 ausfüllen!) <input type="checkbox"/> Meine u. g. Angehörigen sind selbst versichert, eine Familienversicherung ist nicht erforderlich.	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Beginn der Familienversicherung: Bei Fragen bin ich unter folgender Telefonnummer und E-Mail-Adresse zu erreichen:	
Telefon*: _____ Handy*: _____ E-Mail*: _____	

**2. 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.**

Allgemeine Angaben	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name**				
** Bei abweichendem Nachnamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Unterlagen (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
ggf. abweichende Anschrift zum Mitglied				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied <small>Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</small>		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <small>Bitte nur ankreuzen, wenn der Ehegatte nicht mit dem Kind verwandt ist.</small>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: <small>(Name der Krankenkasse)</small>	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
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	..... <small>(Name)</small> ..... <small>(Vorname)</small>	..... <small>(Name)</small> ..... <small>(Vorname)</small>	..... <small>(Name)</small> ..... <small>(Vorname)</small>	..... <small>(Name)</small> ..... <small>(Vorname)</small>
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: <small>(Name der Krankenkasse)</small>				

Bitte auf der Folgeseite unterschreiben. Vielen Dank!

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.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	EUR  (Art der Einkünfte)	EUR  (Art der Einkünfte)	EUR  (Art der Einkünfte)	EUR  (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen.		vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Schulform (z. B. Haupt-, Realschule, Gymnasium)				
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.		vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
<b>Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige</b>				
Rentenversicherungsnummer				

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

### 3. Unterschrift(en)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) gesetzlichen oder privaten Krankenkasse werden.

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, ansonsten ist die Unterschrift des Mitglieds erforderlich.

#### Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services und Produkte der AOK NORDWEST, auch im Rahmen von Kundenbefragungen, zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Bitte hier unterschreiben\*\*\*:

<input type="text"/>				
Datum	Vorname Name Stammversicherten		10stellige KVNR	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Datum	Vorname Name Ehegatte/in			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Datum	Vorname Name Kind			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Datum	Vorname Name Kind			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Datum	Vorname Name Kind			

\*\*\*Hinweis: Jeder Familienangehörige ab 15 Jahre bitte selbst unterschreiben

#### Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses nach § 10 SGB V und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung kann die Familienversicherung nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, [kontakt@nw.aok.de](mailto:kontakt@nw.aok.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@nw.aok.de](mailto:datenschutz@nw.aok.de). Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.