

Absender:

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
30142 Hannover

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Guten Tag,

die Angaben zur Feststellung der Familienversicherung habe ich handschriftlich unterschrieben beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Hinweis zur Digitalisierung:

Falls Sie in dieser Angelegenheit noch weitere Informationen für uns haben, verwenden Sie bitte ein separates Blatt Papier. Notizen auf diesem Rücksendeblatt werden nicht berücksichtigt und nicht digitalisiert.

Um Ihr Anliegen schneller bearbeiten zu können, speichern wir Ihre Unterlagen digital. Die Originaldokumente vernichten wir nach einer 2-wöchigen Aufbewahrungsfrist. Danach dient das digitalisierte Dokument als rechtssichere Kopie. Diese können Sie bei Bedarf von uns erhalten – ein Anruf genügt.

Anlage

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

(Angaben sind erforderlich ab 01.01.2017)

Name, Vorname des Mitglieds Geburtsdatum Krankenversicherungsnummer

Anschrift

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ▶ Ich war bisher
 - im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 - im Rahmen einer Familienversicherung
 - nicht gesetzlich krankenversichert} versichert bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

- ▶ Familienstand:
 - ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend geschieden seit _____
 - verwitwet
 - Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG seit _____
(Dann bitte die Rubrik „Ehepartner“ ausfüllen)

- ▶ 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

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon brauchen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner auch dann, wenn Sie bei uns nur Ihre Kinder familienversichern möchten. Dann sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartner/Lebenspartners erforderlich. Sofern der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist, sind auch Angaben zu seinem Einkommen und Einkommensnachweise erforderlich Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, zählen nicht zuden Einkünften.

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

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Krankenversicherungsnummer				
Name*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	_____	<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? <small>(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Name, Vorname des Mitglieds Geburtsdatum Krankenversichertennummer

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name und Sitz 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, Vorname und Name der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name und Sitz der Krankenkasse/ Krankenversicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehepartner	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, ausländische Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, 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 Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehrdienst oder gesetzlicher Freiwilligendienst (Bitte Bescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehepartner	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.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zum Zwecke einer Prüfung der Familienversicherung nach § 10 SGB V und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Durchführung der Familienversicherung führen. 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/nds/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren oben genannten Ansprechpartner oder unseren Datenschutzbeauftragten.