



Folgeseite zum Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds (Vorname und Name)


Allgemeines				
	4. Kind	5. Kind	6. Kind	7. 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)ännlich, (w)eiblich, (x)unbestimmt,	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x
Geburtsdatum	_____ (TT.MM.JJJJ)	_____ (TT.MM.JJJJ)	_____ (TT.MM.JJJJ)	_____ (TT.MM.JJJJ)
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (** Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<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	<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Angaben zur bisherigen oder weiterbestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
Die bisherige Versicherung ➤ endete am:	_____ (TT.MM.JJJJ)	_____ (TT.MM.JJJJ)	_____ (TT.MM.JJJJ)	_____ (TT.MM.JJJJ)
➤ bestand bei:	_____ (Krankenkasse)	_____ (Krankenkasse)	_____ (Krankenkasse)	_____ (Krankenkasse)
Art der bisherigen Versicherung: ➤ Mitgliedschaft (1), ➤ Familienversicherung* (2) ➤ nicht gesetzlich versichert (3)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3



	4. Kind	5. Kind	6. Kind	7. Kind
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, bei der die Familienversicherung durchgeführt wurde.	_____ (Name) _____ (Vorname)	_____ (Name) _____ (Vorname)	_____ (Name) _____ (Vorname)	_____ (Name) _____ (Vorname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:	X	X	X	X
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
Haben Ihre familienversicherten Angehörigen Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit? Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
	EUR 	EUR 	EUR 	EUR
Wird Arbeitslosengeld II 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 Bitte letzten Rentenbescheid beifügen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wehr- oder Zivildienst, freiwilliger Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, vergleichbarer anerkannter Freiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer Bitte fügen Sie eine Dienstzeitbescheinigung bei!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

	4. Kind	5. Kind	6. Kind	7. Kind
Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
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 oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.



Datum

Unterschrift - Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben



Datum

Unterschrift der/des Familienangehörigen - Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I, § 206 SGB V bzw. § 99 SGB X erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Familienversicherung nicht durchgeführt 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/nordost/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder an unseren Datenschutzbeauftragten unter Tel. 0800 265 080 0 bzw. E-Mail: Datenschutz-Service@nordost.aok.de.