



## Completion guide for the family insurance questionnaire

Status: January 2024

Dear member of the AOK,

the AOK is obliged to check the requirements for family insurance at regular intervals. The following help is intended to support you in this and answer any questions you may have.

If you have any further questions, please feel free to visit us at one of our offices or contact us by e-mail or telephone. You can find information on our contact details here: <https://www.aok.de/pk/kontakt/servicenummern/>

With kind regards  
Your AOK Bremen/Bremerhaven



1 Allgemeine Angaben des Mitgliedes			
Ich bin	<input type="checkbox"/> verheiratet * seit	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden seit	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _  <input type="checkbox"/> verwitwet

Please enter your current marital status. Multiple selection is not possible (exception: married and living separately). If you have never been married, please tick "ledig" ("single").

Für Rückfragen helfen Sie uns mit folgenden, <b>freiwilligen</b> Angaben:	
Telefonnummer _____	E-Mail-Adresse _____

The telephone number and e-mail address are provided voluntarily. They serve us to contact you quickly in case of queries.

2 Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen (bitte Daten prüfen)				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
KV-Nummer				

Please also check the pre-printed data for completeness and correctness and add any possible changes.

Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
---	--	--	--	--

Enter the address of your relative in this field if he/she has an address that differs from yours. If you are unable to provide information on your relative's place of residence, please enter a question mark (?) in this field.

Nur ausfüllen, wenn der Ehegatte oder ein Kind nicht (mehr) bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert ist:				
War ein Angehöriger ab xx.xx.xxxx bei einer anderen Kasse als der AOK Bremen/Bremerhaven versichert?	vom.....	vom.....	vom.....	vom.....
	bis.....	bis.....	bis.....	bis.....
	bei	bei	bei	bei
	..... Name der Krankenkasse	..... Name der Krankenkasse	..... Name der Krankenkasse	..... Name der Krankenkasse
	<b>Art der Versicherung</b> <input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<b>Art der Versicherung</b> <input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<b>Art der Versicherung</b> <input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<b>Art der Versicherung</b> <input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert

You only need to fill in this section if your relative is not (or no longer) insured with the AOK Bremen/Bremerhaven. We then need the name of the new health insurance company and the period of insurance. If you are still insured with the other health insurance fund, enter the word "current" in the "bis" ("until") field.

If you are married, we need information about your spouse's insurance if he or she is the parent of the children. Please tick whether your spouse has statutory insurance (own membership, "eigene Mitgliedschaft"), family insurance ("Familienversicherung") or non-statutory insurance ("nicht gesetzlich versichert"). If your spouse is non-statutory insured (i.e. privately insured), we need information about his or her income. In this case, please send us the current income tax assessment of your spouse.

<b>Nur bei Kindern ab dem 18. Geburtstag</b> Befindet sich ein Kind in Schulausbildung/ Studium oder wurde Wehr-, Zivil- bzw. Bundesfreiwilligendienst geleistet?	<input type="checkbox"/> ja  (Ab dem 23. Lebensjahr lege ich einen Nachweis bei)	<input type="checkbox"/> ja  (Ab dem 23. Lebensjahr lege ich einen Nachweis bei)	<input type="checkbox"/> ja  (Ab dem 23. Lebensjahr lege ich einen Nachweis bei)
--	--	--	--

The school certificate is issued by the school, usually by the secretariat. Students receive a certificate of enrolment at the beginning of each semester. Please always send us a copy of this certificate.

Erzielt/e ein familienversicherter Angehöriger Entgelt aus <b>geringfügiger Beschäftigung</b> (Minijob)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

As a rule, marginal employment ("Minijob") is deemed to exist if the monthly gross income does not exceed 538 euros (2024). If only a Minijob is performed and no other income is available, we do not require a salary statement.

Erzielt/e ein familienversicherter Angehöriger seit dem xx.xx.xxxx aus einer Beschäftigung Entgelt von <b>mehr als 538,00 EUR</b> monatlich?	<input type="checkbox"/> ja  eine Bescheinigung z. B. Lohnabrechnung lege ich bei	<input type="checkbox"/> ja  eine Bescheinigung z. B. Lohnabrechnung lege ich bei	<input type="checkbox"/> ja  eine Bescheinigung z. B. Lohnabrechnung lege ich bei	<input type="checkbox"/> ja  eine Bescheinigung z. B. Lohnabrechnung lege ich bei
---	---	---	---	---

If a family member is employed and earns more than 538 euros (2024) per month, enter this here and enclose a copy of the salary slip.  
In the case of work-study employment: In addition to the payslip, send us a copy of the employment contract.

Bezieht ein Angehöriger gesetzliche Renten, Betriebsrenten, ausländische Renten, Versorgungsbezüge, sonstige Renten?	<input type="checkbox"/> ja  eine Kopie des aktuellen Bescheides/Nachweises lege ich bei	<input type="checkbox"/> ja  eine Kopie des aktuellen Bescheides/Nachweises lege ich bei	<input type="checkbox"/> ja  eine Kopie des aktuellen Bescheides/Nachweises lege ich bei	<input type="checkbox"/> ja  eine Kopie des aktuellen Bescheides/Nachweises lege ich bei
---	--	--	--	--

Please enter here whether a family member receives a pension (e.g. old-age pension, survivor's pension). If applicable, also enter pensions from abroad here; these are evidenced by a copy of the pension certificate.

