

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	1 Allgemeine Angaben des Mitgliedes			
Ich bin	□ verheirat	ret * seit		getrennt lebend
	□ ledig	☐ geschieden seit ☐		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	freiwilligen 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	hegatte 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.

Ival adsiditell, wellif del Ellege	jatte oder ein Kind r	nicht (mehr) bei der A	OK Bremen/Bremerh	aven versichert ist:
War ein Angehöriger ab xx.xx.xxxx bei einer anderen Kasse als der AOK Bremen/ Bremerhaven versichert?	omei ame der Krankenkasse urt der Versicherung eigene Mitglied- schaft Familienver- sicherung	vombisbei Name der Krankenkasse Art der Versicherung eigene Mitglied- schaft Familienver- sicherung nicht gesetzlich versichert	vombis	vombis bei Name der Krankenkasse Art der Versicherung eigene Mitglied- schaft Familienver- sicherung 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.

Nur bei Kindern ab dem 18. Geburtstag	□ ja	□ ja	□ ja
Befindet sich ein Kind in Schulausbildung/	(Ab dem 23. Lebensjahr	(Ab dem 23. Lebensjahr	(Ab dem 23. Lebensjahr
Studium oder wurde Wehr-, Zivil- bzw.	lege ich einen Nachweis	lege ich einen Nachweis	lege ich einen Nachweis
Bundesfreiwilligendienst geleistet?	bei)	bei)	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 geringfügiger Beschäftigung (Minijob)?	□ ја	□ ja	□ ја	□ ја
---	------	------	------	------

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	□ ja	□ ja	□ ja	□ ја
xx.xx.xxxx aus einer Beschäftigung Entgelt von mehr als 538,00 EUR monatlich?	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,	□ ja	□ ja	□ ja	□ ja
Betriebsrenten, ausländische Renten, Versorgungsbezüge, sonstige Renten?	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.

Liegt eine selbständige Tätigkeit vor? (z. B. Gewerbebetrieb oder Honorartätigkeit) □ ja	□ ja	□ ја	□ ја
---	------	------	------

If a family member is self-employed, please enclose the current income tax assessment. If this is not yet available at the start of the self-employment, alternative documents (e.g. profit and loss account, income surplus statement) are also sufficient for the first statement.

Erzielt/e ein familienver- sicherter Angehöriger seit dem xx.xx.xxxx andere regelmäßige monatliche Einnahmen	□ ja	□ ja	□ ja	□ ja
(z. B. aus Vermietung oder Verpachtung, selbständiger Tätigkeit, Kapitalerträge oder sonstige Einnahmen) oder Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)?	eine Kopie des letzten Einkommensteuerbe- scheides lege ich bei			

If one of your dependants receives other income (income from renting and leasing, income from self-employment, capital gains, other income), please state this here and enclose the current income tax assessment.

Datum	Unterschrift (Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)

Please enter the date of your signature here in the format "DD.MM.YYYY". Example: 17.01.2024

The questionnaire is basically to be signed by the main insured person. A family member aged 15 or over who is living separately from the main insured person can sign the questionnaire alone. Alternatively, in this case, the main insured person can also sign, provided that he/she can provide all the information on the relative.

Please note that the signature is mandatory so that your application for family insurance can be examined.