

Ausfüllhilfe für den Fragebogen zur Familienversicherung

Stand: Januar 2024

Sehr geehrtes Mitglied der AOK,

die AOK ist verpflichtet, die Voraussetzungen der Familienversicherung zu prüfen. Die folgende Hilfe soll Sie dabei unterstützen und mögliche Fragen beantworten.

Sollten Sie darüber hinaus Fragen haben, besuchen Sie uns gerne in einer unserer Geschäftsstellen oder kontaktieren Sie uns per E-Mail oder telefonisch.

Informationen zu unseren Kontaktdaten finden Sie hier:

<https://www.aok.de/pk/kontakt/servicenummern/>

Mit freundlichen Grüßen

Ihre AOK Bremen/Bremerhaven

Allgemeine Angaben des Mitglieds

► Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert



versichert bei

Name der Krankenkasse

Bitte tragen Sie in diesem Bereich ein, wie Sie bisher versichert waren und geben Sie Ihre bisherige Krankenkasse an.

- Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Tragen Sie bitte Ihren aktuellen Familienstand ein. Eine Mehrfachauswahl ist nicht möglich (Ausnahme: verheiratet und getrennt lebend). Waren Sie noch nie verheiratet, kreuzen Sie bitte „ledig“ an.

► Anlass für die Aufnahme von Familienmitgliedern in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges:

► Beginn der Familienversicherung:

Bitte teilen Sie uns den Anlass für die Aufnahme Ihres Angehörigen in die Familienversicherung und den Versicherungsbeginn mit.

▶ Mein/e Ehegatte/in ist selbst versichert Nein Ja

Wenn Sie verheiratet sind und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte mit dem zu versichernden Kind verwandt ist, dann benötigen wir Informationen über die Versicherung Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten. Bitte kreuzen Sie an, ob Ihre Ehepartnerin/Ihr Ehepartner familienversichert oder selbst Mitglied bei einer Krankenkasse ist. Tragen Sie dann bitte auch den Namen der entsprechenden Krankenkasse ein.

Falls es sich um eine private Krankenversicherung handelt, benötigen wir Angaben über ihr/sein Einkommen. Bitte senden Sie uns in diesem Fall den aktuellen Einkommenssteuerbescheid Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten mit. Falls sie/er ausschließlich ein regelmäßiges monatliches Einkommen haben sollte und keine sonstigen Einkünfte, ist die Kopie einer aktuellen monatlichen Verdienst- oder Bezügeabrechnung und der letzten Dezember-Abrechnung ausreichend.

▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. zu erreichen (freiwillige Angabe).
▶ Meine E-Mail-Adresse lautet: (freiwillige Angabe).

Die Angabe Ihrer Telefonnummer und Ihrer E-Mail-Adresse sind freiwillig. Sie helfen uns damit, Sie bei Rückfragen schneller zu kontaktieren.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Bitte tragen Sie in diesem Bereich die Daten Ihrer Angehörigen ein:
- Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten (auch, wenn für sie/ihn keine Familienversicherung durchgeführt werden soll)
 - Ihrer bisher bereits familienversicherten Kinder
 - Weitere Ihrer Kinder, die zukünftig über Sie familienversichert sein sollen.

Bitte prüfen Sie auch die vorgedruckten Daten auf Vollständigkeit und Richtigkeit und ergänzen Sie mögliche Änderungen.

ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tragen Sie in diesem Feld die Adresse Ihrer Angehörigen/Ihres Angehörigen ein, sofern diese/dieser eine zu Ihrer Anschrift abweichende Anschrift hat. Falls Sie keine Angaben zum Wohnort machen können, tragen Sie in das jeweilige Feld bitte ein Fragezeichen (?) ein.

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
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Bitte tragen Sie hier bei der Neuaufnahme eines Kindes in die Familienversicherung das Verwandtschaftsverhältnis ein, in dem Ihr Kind zu Ihnen steht.
Bitte setzen Sie in der untersten Zeile ein Kreuz, wenn Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte nicht mit dem Kind verwandt ist.

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

In diesem Bereich geben Sie bitte an, wie und bei welcher Krankenkasse Ihre Angehörigen versichert sind bzw. versichert waren. Wir benötigen den Namen der vorherigen Krankenkasse und das Datum, an dem die Versicherung dort endet. Wenn Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger bei der anderen Krankenkasse ebenfalls familienversichert war, geben Sie bitte an, über welchen Hauptversicherten die Familienversicherung dort durchgeführt wurde.

Wenn Sie nur Kinder bei sich versichern möchten und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bei einer anderen Versicherung selbst versichert bleibt, dann vermerken Sie das bitte in der Zeile „Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:“.

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; fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei):	EUR	EUR	EUR	EUR

Wenn eine Angehörige/ein Angehöriger eine selbstständige Tätigkeit (z.B. Gewerbebetrieb oder Honorartätigkeit) ausübt, kreuzen Sie hier bitte „Ja“ an und fügen Sie den aktuellen Einkommenssteuerbescheid bei. Liegt dieser bei Beginn der Selbstständigkeit noch nicht vor, sind bei der ersten Angabe auch alternative Unterlagen ausreichend (z.B. Gewinn- und Verlustrechnung, Einnahmenüberschussrechnung).

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich; bitte aktuellen Entgeltnachweis beifügen):	EUR	EUR	EUR	EUR

Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijob) liegt in der Regel vor, wenn das monatliche Bruttoeinkommen maximal 538 Euro (2024) beträgt.
Wenn lediglich ein Minijob ausgeübt wird, benötigen wir darüber keine Gehaltsabrechnung.

Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag; bitte aktuellen Bescheid beifügen):	EUR	EUR	EUR	EUR

Bitte geben Sie hier an, ob eine Angehörige/ein Angehöriger eine Rente (z.B. Altersrente, Hinterbliebenen-/Waisenrente) bezieht. Tragen Sie hier ggf. auch Renten aus dem Ausland ein, diese werden durch eine Kopie des Rentenbescheides nachgewiesen.
Ebenso bitten wir Sie hier um Angaben bei Bezug einer Rente aus einer privaten Versicherung.

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); bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen:	EUR	EUR	EUR	EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)

Erhält eine/einer Ihrer Angehörigen sonstige Einkünfte, dann geben Sie diese hier an und fügen bitte den aktuellen Einkommenssteuerbescheid hinzu.
Wenn eine Angehörige/ein Angehöriger eine Beschäftigung ausübt und dabei mehr als 538 Euro (2024) im Monat verdient, dann tragen Sie dies hier ein und fügen eine Lohnabrechnung in Kopie bei.

Bei Kindern ab 18: Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	vom	vom	vom
	bis	bis	bis

Die Schulbescheinigung wird von der Schule, meist vom Sekretariat, ausgestellt. Studierende erhalten jeweils zu Beginn des Semesters eine Immatrikulationsbescheinigung, von der Sie bitte die aktuellste Ausfertigung an uns senden.

(Freiwilliger) Wehr-/Zivil- oder Ersatzdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	vom	vom	vom
	bis	bis	bis

Wenn Ihr Kind über 23 Jahre alt ist und in der Vergangenheit einen Wehr-/Zivil- oder Ersatzdienst (z.B. FSJ, FÖJ) geleistet hat, dann tragen Sie bitte den entsprechenden Zeitraum hier ein und senden uns einen Nachweis darüber zu.

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Bitte tragen Sie in diesen Feldern die Rentenversicherungsnummer, den Geburtsnamen, -ort, das Geburtsland und die Staatsangehörigkeit Ihrer mitzuversichernden Angehörigen ein.

Erklärung des Versicherten: Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen der o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

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

Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen über 15 Jahre reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Bitte tragen Sie hier den Ort und das Datum der Unterschrift ein. Der Antrag auf Familienversicherung ist danach grundsätzlich vom Hauptversicherten (Mitglied) zu unterschreiben.

Sollten Sie als Angehörige/Angehöriger den Fragebogen von uns erhalten haben, über 15 Jahre alt sein und nicht beim Hauptversicherten leben, reicht Ihre Unterschrift aus.

Bitte beachten Sie, dass die Unterschrift zwingend erforderlich ist, damit Ihr Antrag auf Familienversicherung geprüft werden kann.