

## Completion help for the family insurance form

Status: January 2024

Dear member of the AOK,

the AOK is obliged to check the requirements for family insurance. The following help is intended to support you in this process and to answer possible questions.

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

Yours sincerely  
Your AOK Bremen/Bremerhaven

Allgemeine Angaben des Mitglieds	
<p>▶ Ich war bisher</p> <p><input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft</p> <p><input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert</p>	<p>versichert bei <input type="text"/></p> <p><small>Name der Krankenkasse</small></p>

Please enter in this section how you were previously insured and indicate your previous health insurance company.

<p>▶ Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet</p> <p><input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)</p>
---

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").

<p>▶ Anlass für die Aufnahme von Familienmitgliedern in die Familienversicherung:</p> <p><input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat</p> <p><input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/></p> <p>▶ Beginn der Familienversicherung: <input type="text"/></p>
--

Please tell us the reason for your dependent's inclusion in the family insurance plan and the start date of the insurance.

▶ Mein/e Ehegatte/in ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
			Name der Krankenkasse

If you are married and your spouse is related to the child to be insured, we need information about your spouse's insurance. Please mark with a cross whether your spouse has family insurance or is a member of a health insurance fund. Then please also enter the name of the corresponding health insurance company.

If it is a private health insurance, we need information about his/her income. In this case, please send us the current income tax statement of your spouse. If she/he only has a regular monthly income and no other income, a copy of a current monthly income statement and the last December statement is sufficient.

▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. <input type="text"/>	zu erreichen (freiwillige Angabe).
▶ Meine E-Mail-Adresse lautet: <input type="text"/>	(freiwillige Angabe).

Providing your phone number and email address is voluntary. You help us to contact you faster in case of queries.

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"/>

Please enter the data of your dependents in this section:

- Your spouse (even if no family insurance is to be carried out for her/him).
- Your children who already have family insurance
- Other children who are to be covered by your family insurance in the future.

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

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

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

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)

Please enter the relationship between you and your child when you enroll a child in the family insurance plan.

Please put a cross in the bottom line if your spouse is not related to the child.

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 this section, please indicate how and with which health insurance fund your dependents are or were insured. We need the name of the previous health insurance fund and the date on which the insurance there ended.

If your dependant was also insured as a family member with the other health insurance fund, please state the main insured person through whom the family insurance was carried out there.

If you only want to insure children and your spouse remains insured with another insurance company, please note this in the line "Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:" ("The previous insurance continues with:").

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

If a relative is self-employed (e.g. business or fee-based activity), please tick "Ja" ("Yes") here and enclose the current income tax assessment notice. 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 declaration.

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

As a rule, a marginally paid job (mini-job) is deemed to exist if the gross monthly income does not exceed 538 euros (2024).

If only a mini-job is performed, we do not require a salary statement.

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

Please enter here whether a relative receives a pension (e.g. old-age pension, survivor's/orphan's pension). If applicable, also enter pensions from abroad here; these will be verified by a copy of the pension certificate.

We also ask you to provide information here if you receive a pension from a private insurance company.

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)

If one of your dependents receives other income, please enter this here and attach the current income tax statement.

If one of your dependents is employed and earns more than 538 euros (2024) per month, please enter this here and attach a copy of the pay slip.

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

The school certificate is issued by the school, usually by the secretary's office. Students receive a certificate of enrollment at the beginning of each semester, of which please send the most recent copy to us.

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

If your child is over 23 years old and has done military/civilian or alternative service (e.g. FSJ, FÖJ) in the past, please enter the relevant period here and send us proof of this.

<b>Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige</b>				
	<b>Ehegatte</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Please enter the pension insurance number, birth name, place, country of birth and nationality of your dependents in these fields.

<b>Erklärung des Versicherten:</b> 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.		
<input style="width: 90%;" type="text"/>		
<b>Ort, Datum</b> Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	<b>Unterschrift des Mitglieds</b>	<b>Unterschrift der Familienangehörigen</b> Bei getrennt lebenden Familienangehörigen über 15 Jahre reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Please enter the place and date of signature here. The application for family insurance must then always be signed by the main insured person (member). If you have received the questionnaire from us as a relative/relative, are over 15 years old and do not live with the main insured person, your signature is sufficient.

Please note that the signature is mandatory in order for your application for family insurance to be reviewed.