AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.

Name, Vorname des Stammversicherten: _____ Krankenversicherten-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Hier klicken, um alle Formularinhalte zu löschen

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich war bisher ☐ als Mitglied ☐ als Familienangehöriger versichert bei der _____
☐ nicht gesetzlich krankenversichert. Name der Krankenkasse

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)
☐ Ich habe keine/n Ehegattin/en bzw. Kinder (keine weiteren Angaben erforderlich, bitte nur noch unterschreiben)
☐ Meine u.g. Angehörigen sind selbst versichert, eine Familienversicherung ist nicht erforderlich.

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung _____

Bei Fragen bin ich unter folgender Telefonnummer und E-Mail-Adresse zu erreichen (freiwillige Angabe):

Telefon _____ Handy _____ E-Mail _____

2. Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner unter Ziffer 2.1 bis 2.3 auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehegatte/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist.
In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

2.1 Allgemeine Angaben

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name**				
** Bei abweichendem Nachnamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Unterlagen (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers
ggf. abweichende Anschrift zum Mitglied				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.	_____	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? Bitte nur ankreuzen, wenn der Ehegatte nicht mit dem Kind verwandt ist.	_____	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein

2.2 Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung ● endete am: ● bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Name Vorname	Name Vorname	Name Vorname	Name Vorname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)		_____	_____	_____

Seite 2 _____
Name

2.3 Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides immer beifügen.	☐ Ja, seit EUR	☐ Ja, seit EUR	☐ Ja, seit EUR	☐ Ja, seit EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	seit EUR	seit EUR	seit EUR	seit EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	seit EUR	seit EUR	seit EUR	seit EUR
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium ab 18 Jahren (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Schulform (z. B. Haupt-, Realschule, Gymnasium)				
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

2.4 Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer				
Geburtsort				
Geburtsland				
Geburtsname				
Staatsangehörigkeit				

Unterschrift zur Mitgliedserklärung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) gesetzlichen oder privaten Krankenkasse werden.

Datum _____ ggf. Unterschriften der Familienangehörigen _____
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reichen die Unterschriften der Familienangehörigen aus.

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

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 289 SGB V für die Aufgaben der Krankenver-sicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungs-verhältnisses nach § 10 SGB V und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung kann die Familienversicherung nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungs-befugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.