

Ausfüllhilfe

„Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung“

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Allgemeine Angaben des Mitglieds | Vorname Name: _____ | | | | | | | | | | |
| | Krankenversicherungsnummer: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

▶ Ich war bisher

| | | |
|---|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft | } | versichert bei _____ |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung | | |

nicht gesetzlich krankenversichert.

▶ Ich bin verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____. (Bitte machen Sie die Angaben für Ihren Lebenspartner unter „Ehegatte“.)

ledig
 getrennt lebend
 verwitwet
 geschieden

▶ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes | <input type="checkbox"/> Heirat |
| <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

▶ Beginn der Familienversicherung: _____

▶ Bei Fragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

▶ Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben im Kästchen rechts oben (Mitglied)

Bitte Vorname und Name des Elternteils oder Ehegatten/Lebenspartners eintragen, über den die Familienversicherung durchgeführt werden soll, sowie die Krankenversicherungs- oder Rentenversicherungsnummer angeben. Falls beides nicht vorhanden ist, bitte hier mindestens das Geburtsdatum eintragen, da sonst keine Zuordnung erfolgen kann.

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Angaben zur bisherigen Mitgliedschaft: Bei Neuaufnahme (durch Kassenwechsel) bitte die bisherige Krankenkasse eintragen. Entsprechenden Familienstand ankreuzen und die Daten zum Ehegatten angeben, damit die Voraussetzungen zur Familienversicherung von Kindern geprüft werden können. Anlass für die Neuaufnahme in die Familienversicherung und deren Beginn eintragen.

| Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| Name* | | | | |
| * 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift | | | | |
| 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) |

Angaben zu Familienangehörigen

Bitte die Angaben zum Ehegatten immer eintragen, wenn er mit den Kindern verwandt ist oder selbst familienversichert werden soll. Die ausführliche Erläuterung finden Sie auf dem Fragebogen unter dieser Überschrift.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Name, Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum: Diese Angaben sind wichtig, damit wir Personen anmelden können, die bisher nicht bei uns versichert waren oder für die Zuordnung von Personen, die in der Vergangenheit bei uns versichert waren. Achtung: Bei verschiedenen Familiennamen der Angehörigen ist unbedingt ein Nachweis (Heiratsurkunde, Geburtsurkunde) beizufügen.

Bitte tragen Sie immer die Staatsangehörigkeit ein – bei ausländischen Staatsangehörigen ist für jeden Angehörigen, der familienversichert werden soll, ein aktueller Aufenthaltsnachweis (oder mindestens der Antrag auf Aufenthalt) notwendig.

Die Angabe von abweichenden Anschriften ist erforderlich, wenn der zu familienversichernde Angehörige nicht im Haushalt des Mitglieds lebt.

Bitte das Feld „Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied“ immer ausfüllen. Diese Angaben sind wichtig, um die Familienversicherung durchzuführen. Bei Stief-, Pflege- und Enkelkindern kann es sein, dass wir noch weitere Unterlagen benötigen. Wir melden uns dann bei Ihnen.

Das Feld Verwandtschaftsverhältnis des Ehegatten zum Kind bitte nur ankreuzen, wenn der Ehegatte nicht mit dem Kind verwandt ist.

| Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
| Die bisherige Versicherung ○ endete am: ○ 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. | (Nachname) (Vorname) | (Nachname) (Vorname) | (Nachname) (Vorname) | (Nachname) (Vorname) |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung) | | _____ | _____ | _____ |

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Wenn Ehegatten oder Kinder bisher bei einer anderen Krankenkasse versichert waren, tragen Sie bitte ein bei welcher Krankenkasse und bis wann. So vermeiden wir Doppelversicherungen. Bitte geben Sie in diesen Fällen auch die Art der bisherigen Versicherung an.

Wechseln Angehörige aus der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse zur AOK PLUS, tragen Sie bitte auch Vorname und Name der Person ein, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde.

Besteht die eigene Versicherung des Ehegatten weiter, bitte unbedingt seine Krankenkasse ergänzen.

| 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.) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) | EUR | EUR | EUR | 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). Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) |EUR (Art der Einkünfte) |EUR (Art der Einkünfte) |EUR (Art der Einkünfte) |EUR (Art der Einkünfte) |
| Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.) | _____ | vom bis | vom bis | vom bis |
| Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.) | _____ | vom bis | vom bis | vom bis |

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Bitte kreuzen Sie an, falls die Angehörigen eine selbstständige Tätigkeit ausüben. Bitte tragen Sie auch die Höhe der monatlichen Einnahmen ein.

Besteht bei einem Angehörigen eine geringfügige Beschäftigung, tragen Sie bitte auch das monatliche Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung ein.

In den Feldern "gesetzliche Rente ..." und "sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte" tragen Sie bitte die monatlichen Einnahmen ein. Bitte legen Sie auch entsprechende Nachweise bei (z. B. aktueller Lohnnachweis).

Für die Angaben „Schulbesuch/Studium“ ist die Schulbescheinigung beizufügen, wenn das Kind sein 23. Lebensjahr bereits vollendet hat. Bei Studium ist die Immatrikulationsbescheinigung vorzulegen.

Im Feld „Wehrdienst- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst“ bitte den Zeitraum eintragen und die Dienstzeitbescheinigung mitsenden.

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

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und den Erhalt des Merkblatts. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Bitte füllen Sie die Felder Rentenversicherungsnummer und Geburtsname, Geburtsort und Geburtsland immer aus.

Unterschriftenzeile

Bitte Ort und Datum angeben. Die Unterschrift des Mitglieds ist erforderlich. Falls die zu Familienversichernden getrennt vom Mitglied leben, ist alternativ die Unterschrift der Familienangehörigen (ab Vollendung des 18. Lebensjahres) möglich.

Allgemeine Hinweise:

Bitte füllen Sie den Bogen leserlich aus, da dieser elektronisch eingelesen wird.