

FAMILIENFRAGEBOGEN

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

1. Fragen an das Mitglied

Ich bin verheiratet

Name _____ Vorname _____
 ja nein Geburtsdatum _____

Ich lebe in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

ja (bitte mit Nachweis) nein

Mein/-e Ehepartner/-in ist selbst versichert

ja (Name und Sitz der Krankenkasse) _____ nein

Meine Kinder sollen bei mir mitversichert werden

ja nein

Die Familienversicherung soll beginnen am:

2. Familienangehörige

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)				
Geburtsdatum				
Gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung EUR EUR EUR EUR
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Rente EUR Art der Einkünfte EUR Art der Einkünfte EUR Art der Einkünfte EUR Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 18 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenversicherung, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				
Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Bitte unbedingt auch von allen Kindern unterschreiben lassen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass die Familienangehörigen der Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.