

# Familienfragebogen

3400

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 10, 284, 289 Sozialgesetzbuch (SGB) V, §§ 25, 94, 100 SGB X und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

⇒ **Angaben zu Ihrem Ehegatten unbedingt auch dann eintragen, wenn ausschließlich Kinder familienversichert werden sollen!**

1. Angaben zum Mitglied: Name, Vorname		Krankenversichertennummer des Mitglieds:							
Telefonnummer für Rückfragen (Angabe freiwillig)		<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend							
<b>2. Angaben zu den Familienangehörigen</b>		<b>Ehegatte /Lebenspartner</b>		<b>Kind</b>		<b>Kind</b>		<b>Kind</b>	
Bei welchem Elternteil sollen die Kinder versichert werden?				<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
Zeitpunkt, ab dem die Familienversicherung beginnen soll bzw. ab wann die Angaben erforderlich sind (Bestandspflege bei bestehender Versicherung)									
Name									
Vorname									
Geschlecht		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum									
Geburtsname									
Geburtsort									
Geburtsland									
Staatsangehörigkeit									
Neue Krankenversicherungsnummer									
Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden) <small>Ansonsten bitte unbedingt Geburtsort und -name angeben</small>									
Anschrift (falls abweichend vom Mitglied)									
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied				<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind		<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind		<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	
Beschäftigungsverhältnis		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Geringfügige Beschäftigung		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Selbständige Tätigkeit (bitte Steuerbescheid beifügen)		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Erwerbslos <small>(wenn ja, beim Arbeitsamt gemeldet? Bitte Bescheid beilegen!)</small>		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Ist der Angehörige aus sonstigen Gründen krankenversicherungsfrei oder von der Kranken-/ Pflegeversicherungspflicht befreit?		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Eigene Krankenversicherung?		vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*		vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*		vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*		vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*	
Monatliches Bruttoeinkommen des Angehörigen		EUR _____		EUR _____		EUR _____		EUR _____	
Einkommensart <small>(Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Zinsen, Pension, etc.)</small>									
<b>3. Zusatzangaben für Stief-, Enkel- und Pflegekinder</b>									
Sind die leiblichen Eltern selbst Mitglied einer gesetzlichen Kranken- / Pflegekasse?		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welcher?		_____		_____		_____		_____	
Ab welchem Zeitpunkt ist das Kind im Haushalt des Mitglieds aufgenommen worden?									
<b>4. Zusatzangaben für Kinder über 18 Jahren</b>									
Schulbesuch, Studium oder Berufsausbildung <small>Bitte Schul-, Studien- oder Ausbildungsbescheinigungen beifügen</small>		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Wehr- oder Zivildienst <small>Bitte Dienstbescheinigung beifügen</small>		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Ist das Kind wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande, sich selbst zu unterhalten?		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Ist das Kind arbeitslos? Wenn ja, seit wann? <small>Bescheid über Meldung beim Arbeitsamt bitte einreichen!</small>		<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Eintretende Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.		Mit der Angabe dieser Daten zur Überprüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden							
<b>Datum / Unterschrift des Mitglieds</b>		<b>Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners</b>				<b>Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben</b>			
<b>Bitte fügen Sie diesem Antrag die erforderlichen Nachweise bei (z. B. Mitglieds- oder Versicherungsbescheinigung der bisherigen Krankenkasse, Einkommensnachweise, Bescheid über den Bezug von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Schul- oder Studienbescheinigung, Behindertenausweis)</b>									

Bitte Belege beifügen