

Vor- und Nachname des Mitglieds _____

Versichertennummer des Mitglieds _____

Geburtsdatum des Mitglieds _____

Adresse (Straße, PLZ und Ort) des Mitglieds _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Beginn der Familienversicherung: _____

TT.MM.JJJJ

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
 Heirat Zuzug aus dem Ausland
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges: _____

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

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

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 Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/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.

2.1 Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei abweichendem Familiennamen 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	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift zum Mitglied				
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"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? Bitte nur ankreuzen, wenn der Ehe-/Lebenspartner nicht mit dem Kind verwandt ist.		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Schulform (z. B. Hauptschule, Realschule, Gymnasium)				
Freiwilliger Wehrdienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

2.2 Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am und bestand bei:	Ende _____	Ende _____	Ende _____	Ende _____
	Krankenkasse _____	Krankenkasse _____	Krankenkasse _____	Krankenkasse _____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Name _____	Name _____	Name _____	Name _____
	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:	_____	_____	_____	_____
	Krankenkasse	Krankenkasse	Krankenkasse	Krankenkasse

2.3 Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	_____	_____	_____	_____
	seit	seit	seit	seit
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.	_____	_____	_____	_____
	EUR (monatlich)	EUR (monatlich)	EUR (monatlich)	EUR (monatlich)
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____	_____	_____	_____
	seit	seit	seit	seit
	_____	_____	_____	_____
	EUR (monatlich)	EUR (monatlich)	EUR (monatlich)	EUR (monatlich)
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____	_____	_____	_____
	seit	seit	seit	seit
	_____	_____	_____	_____
	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Bitte Nachweise beifügen.	_____	_____	_____	_____
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte

2.4 Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben zum Geburtsnamen, Geburtsort, Geburtsland und zur Staatsangehörigkeit werden nur dann benötigt, wenn noch keine RV-Nr. vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

3. Unterschrift(en)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

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 Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses 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 Mitteilungsbefugnisse 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.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.