

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Beginn der Familienversicherung: _____

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
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges: _____

Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen. (freiwillige Angabe)

E-Mail Adresse: _____ (freiwillige Angabe)

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; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
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 (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	_____	_____	_____	_____
Gegebenenfalls 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 Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Bei Studium bitte Name der Hochschule angeben	_____	_____	_____	_____
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja



Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Die bisherige Versicherung: ● endete am: ● bestand bei: (Name der Krankenkasse)	Am _____ Bei _____	Am _____ Bei _____	Am _____ Bei _____	Am _____ Bei _____
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.	Vorname _____ Name _____	Vorname _____ Name _____	Vorname _____ Name _____	Vorname _____ Name _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> ja _____ Euro	<input type="checkbox"/> ja _____ Euro	<input type="checkbox"/> ja _____ Euro	<input type="checkbox"/> ja _____ Euro
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)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige 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)	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
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. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommenssteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder - bei familienversicherten Kindern - der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____ 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.

Datenschutzhinweis IKK: Zur Beurteilung der Familienversicherung ist Ihr Mitwirken nach den §§ 10 und 289 SGB V erforderlich. Die Datenerhebung ist für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, §§ 25 und 94 SGB XI) erforderlich. Die Durchführung der Versicherung ist ohne diese Informationen nicht möglich. Die Angabe von Kontaktdaten ist freiwillig. Deren Nutzung können Sie jederzeit für die Zukunft widersprechen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

