

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Ich war bisher

- Im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei: _____
- Im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei: _____
- Nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen.

E-Mail Adresse: _____

Angaben zu Familienangehörigen / Datenschutzhinweis

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für ihre Kinder durchgeführt werden soll und ihr Ehegatte/Lebenspartner mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner 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.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Der Nutzung dieser freiwilligen Angaben können Sie jederzeit für die Zukunft widersprechen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
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	_____	_____	_____	_____
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 Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein



Name, Vorname _____

Versichertennummer: _____

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung Ihrer Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Die bisherige Versicherung:				
● endete am:	Am _____	Am _____	Am _____	Am _____
● bestand bei: (Name der Krankenkasse)	Bei _____	Bei _____	Bei _____	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)	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Ihren Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
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.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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 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)	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		Vom _____ Bis zum _____ Name der Hochschule _____	Vom _____ Bis zum _____ Name der Hochschule _____	Vom _____ Bis zum _____ Name der Hochschule _____
Bei Studium bitte Name der Hochschule angeben				
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		Vom _____ Bis zum _____	Vom _____ Bis zum _____	Vom _____ Bis zum _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
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 (z. B. neuer Einkommenssteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Kasse werden.

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.

