



Vorname Name des Mitglieds \_\_\_\_\_

KV-Nr. oder RV-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ▶ Ich war bisher
- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
- im Rahmen einer Familienversicherung
- nicht gesetzlich krankenversichert
- } versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse
- ▶ 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: \_\_\_\_\_
- ▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- ▶ Meine E-Mail-Adresse lautet \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe).

### Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. **Abweichend hiervon benötigen wir die Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.** Dies umfasst neben den allgemeinen Angaben auch die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht **gesetzlich versichert** und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen; 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 rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
ggf. 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)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
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.	..... (Nachname) ..... (Vorname)	..... (Nachname) ..... (Vorname)	..... (Nachname) ..... (Vorname)	..... (Nachname) ..... (Vorname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)		—	—	—

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
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.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	EUR ..... (Art der Einkünfte)	EUR ..... (Art der Einkünfte)	EUR ..... (Art der Einkünfte)	EUR ..... (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	—	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	—	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherturnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und den Erhalt des Merkblatts. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.**

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.

#### Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Familienversicherung nicht durchgeführt werden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte).

Porto  
zahlt die  
AOK PLUS

Deutsche Post   
ANTWORT

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

01058 Dresden



## Senden Sie uns Ihren Antrag portofrei zu!

- 1** Drucken oder kleben Sie das Antwortfeld oben auf ein leeres Briefkuvert.
- 2** Legen Sie dem so vorbereiteten Briefumschlag Ihr ausgefülltes Formular bei und senden Sie es der AOK PLUS zu. Für Sie entstehen keine Portokosten.
- 3** Für alle weiteren Informationen wird sich die AOK PLUS bei Ihnen melden. Vielen Dank!

