

ÜBERPRÜFUNG DER FAMILIENVERSICHERUNG (BESTANDSPFLEGE)

Die Angaben sind erforderlich ab dem

Name:

Versicherungsnummer:

Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____ (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik Ehepartner/in zu machen.)
Mein/e Ehepartner/in ist selbst versichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	
Telefon: _____ Mobil: _____ (freiwillige Angabe)	
E-Mail: _____ (freiwillige Angabe)	

Angaben zu Familienangehörigen

Die folgenden Daten sind grundsätzlich nur für die Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich Ihre Kinder familienversichert sind bzw. waren. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartners und – sofern der Ehepartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; 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 nicht zu berücksichtigen.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Name				
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 (TT.MM.JJJJ)				
Abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: • Zeitangaben • Name der Krankenkasse • Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom _____ bis _____ (Name der Krankenkasse) Versicherungsart: _____	vom _____ bis _____ (Name der Krankenkasse) Versicherungsart: _____	vom _____ bis _____ (Name der Krankenkasse) Versicherungsart: _____	vom _____ bis _____ (Name der Krankenkasse) Versicherungsart: _____
* Eine gleichzeitige Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.				
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- bzw. Studienbescheinigung beilegen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte eine Dienstzeitbescheinigung beilegen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen				
	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit • Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beilegen.) <p>(Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)</p>	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro
Geringfügige Beschäftigung: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung • Bruttoarbeitsentgelt (monatlich – bitte Nachweis beilegen) <p>(Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)</p>	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten <p>(monatlicher Zahlbetrag – bitte Nachweis beilegen)</p>	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro
Mehr als geringfügige Beschäftigung: Zeitraum der Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt (bitte Nachweise beilegen) (Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro
Mtl. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro

Meine Angaben sind wahr und vollständig. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren, insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner Angehörigen verändert (neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

ggf. Unterschrift der/des Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift der/des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis:

Die VIActiv Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter viactiv.de/datenschutz oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

Mit einem * (Sternchen) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig, sie erleichtern uns zum Beispiel Rückfragen oder dienen zur Beratung. Sie werden vertraulich behandelt und können jederzeit widerrufen werden.

AUSFÜLLHILFE ZUM BESTANDSPFLEGEBOGEN FAMILIENVERSICHERUNG

Ihr/e Ehepartner/in ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:

Bitte ergänzen Sie immer die Angaben zum/zur Ehepartner/in. Nachweise über das Einkommen benötigen wir nicht.

Ihr/e Ehepartner/in ist privat krankenversichert oder nicht versichert:

Eine private Krankenversicherung ist zum Beispiel die Barmenia. Auch eine freie Heilfürsorge, wie bei Beamten, zählt hierzu. In diesen Fällen ist das Einkommen des/der Ehepartners/in immer nachzuweisen. Wir benötigen daher den aktuellen Steuerbescheid, eine aktuelle Bezügemitteilung und sonstige Nachweise. Nur so können wir prüfen, ob wir Ihre Kinder beitragsfrei familienversichern können.

Ihr/e Ehepartner/in ist oder war familienversichert:

Tragen Sie bitte alle Angaben hierzu ein. Bitte geben Sie die Versicherungszeiten des/der Ehepartners/in bei einer anderen Krankenkasse sowie seine/ihre Einkünfte immer an. Eigene Einkünfte sind zum Beispiel Einnahmen aus Kapitalvermögen, aus einer Rente oder Versorgungsbezügen, aus einer Beschäftigung oder aus sonstigen Einkünften.

Dies trifft alles nicht zu? Einfach den Bogen unterschreiben und zurücksenden. Vielen Dank!

Ihr/e Lebenspartner/in ist oder war familienversichert:

Eine eheähnliche Partnerschaft ist keine Lebenspartnerschaft. Lebenspartner/in ist die Person gleichen Geschlechts, die mit dem Mitglied eine Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet hat. Dies ist auf dem Fragebogen unter dem Punkt „Familienstand“ zu vermerken. Alle anderen Angaben sind unter dem Punkt „Ehepartner/in“ einzutragen.

Dies trifft alles nicht zu? Einfach den Bogen unterschreiben und zurücksenden. Vielen Dank!

Ihre Kinder sind oder waren familienversichert:

Auch hier benötigen wir alle Angaben. Geben Sie daher die Versicherungszeiten Ihrer Kinder bei einer anderen Krankenkasse sowie deren Einkünfte immer an. Eigene Einkünfte der Kinder sind zum Beispiel Unterhalt vom leiblichen Elternteil, eine Rente, Entgelt aus einer Beschäftigung oder aus sonstigen Einkünften.

Dies trifft alles nicht zu? Einfach den Bogen unterschreiben und zurücksenden. Vielen Dank!

Ihre Stiefkinder oder Enkelkinder sind oder waren familienversichert:

Bitte füllen Sie die extra Anlage mit der Bestätigung der Aufnahme im eigenen Haushalt aus. Lebt ein Stief- oder Enkelkind außerhalb des eigenen Haushalts, so benötigen wir zusätzlich geeignete Nachweise über den geleisteten Unterhalt, z.B. Kontoauszüge.

Welche Einkünfte darf der mitversicherte Angehörige haben?

Ihr Angehöriger darf ein monatliches Bruttoeinkommen von bis zu 505 Euro im Jahr 2024 haben. Bei einem Minijob gilt eine Grenze von monatlich 538 Euro. Zum Einkommen zählen beispielsweise der Ehegattenunterhalt, Renten oder Versorgungsbezüge, Miet- und Zinseinkünfte und Kapitalvermögen.

Hauptberuflich selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit:

Angehörige können familienversichert sein, wenn sie nicht hauptberuflich selbstständig oder freiberuflich erwerbstätig sind. Hauptberuflich ist eine Tätigkeit dann, wenn sie wirtschaftlich und zeitlich die Haupterwerbstätigkeit ist. Bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Angehöriger eine solche Tätigkeit ausübt.