

AUSFÜLLHILFE ZUM FRAGEBOGEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG

Wir sind verpflichtet die Voraussetzungen für die Familienversicherung zu prüfen. Diese Hilfe soll Sie beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen.

Bitte geben Sie Ihren Nachnamen, Vornamen und Ihre Krankenversicherungsnummer an.

Titel, Name	Vorname
Versichertennummer	

Abschnitt „Allgemeine Angaben“

Bitte teilen Sie uns das Datum für den Versicherungsbeginn Ihres Angehörigen oder Ihrer Angehörigen mit sowie den Grund für die Aufnahme.

Die Familienversicherung meines/meiner Angehörigen soll am _____ beginnen.		
Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung:		
<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt meines Kindes	<input type="checkbox"/> Heirat
<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft meines/meiner Angehörigen	<input type="checkbox"/> sonstiges	

Bitte tragen Sie als Nächstes ein, wie Sie bisher versichert waren, und geben Ihre bisherige Krankenkasse an.

Ich war bisher	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung
versichert bei	Name der Krankenkasse _____	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert.		

Tragen Sie bitte Ihren aktuellen Familienstand ein. Eine Mehrfachauswahl ist nicht möglich. Waren Sie noch nie verheiratet, kreuzen Sie bitte „ledig“ an.

Mein Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (In diesem Fall machen Sie Ihre Angaben bitte unter „Ehepartner/-in“)					

Die Angaben Ihrer Telefonnummer und Ihrer E-Mail-Adresse sind freiwillig. Sie helfen uns damit zur schnelleren Kontaktaufnahme bei Rückfragen.

Telefon:	Mobil:	(freiwillige Angabe)
E-Mail:	(freiwillige Angabe)	

Abschnitt „Allgemeine Angaben zu meinen Familienangehörigen“

Wenn Sie verheiratet sind, benötigen wir Informationen über die Versicherung Ihrer Ehepartnerin bzw. Ihres Ehepartners. Bitte kreuzen Sie an, ob sie oder er selbst versichert ist, und geben den Namen der Krankenkasse an.

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist selbst versichert:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei _____
---	-------------------------------	--

Falls es sich um eine private Krankenversicherung, die freie Heilfürsorge oder die Postbeamtenkrankenkasse handelt und Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr Ehepartner mit den Kindern verwandt ist, benötigen wir Angaben zum Einkommen der Ehepartnerin bzw. des Ehepartners. Bitte reichen Sie in diesem Fall den zuletzt vorliegenden Einkommensteuerbescheid als vollständige Kopie mit ein. Sollte er bzw. sie ausschließlich ein regelmäßiges monatliches Einkommen haben und keine sonstigen Einkünfte, reicht eine Kopie der monatlichen Verdienst- oder Bezügeabrechnung aus.

Bitte tragen Sie in die Tabelle die Daten Ihrer Angehörigen ein.

- Ihrer Ehepartnerin bzw. Ihres Ehepartners (auch, wenn für sie oder ihn keine Familienversicherung durchgeführt werden soll)
- Ihrer bisher bereits familienversicherten Kinder
- Weitere Ihrer Kinder, die zukünftig über sie familienversichert sein sollen.

Bitte prüfen Sie auch, ob die bereits eingetragenen Daten vollständig und richtig sind. Ergänzen Sie mögliche Änderungen.

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind				
Name*								
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen Mitglied und Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Unterlagen (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.								
Vorname								
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)								
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtsname								
Geburtsort / Geburtsland								
Staatsangehörigkeit								

Tragen Sie in diesem Feld die Adresse Ihrer Angehörigen bzw. Ihres Angehörigen ein, sofern sie bzw. er eine andere Anschrift als Sie hat. Falls Sie keine Angaben zum Wohnort machen können, tragen Sie in das jeweilige Feld bitte ein Fragezeichen (?) ein.

ggf. abweichende Anschrift			
----------------------------	--	--	--

Bitte tragen Sie als Nächstes das Verwandtschaftsverhältnis ein, in dem Ihr Kind zu Ihnen steht.

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ wird auch bei Adoptiv- kindern verwendet.)	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
---	---	---	---

Bitte setzen Sie in dieser Zeile ein Kreuz, wenn Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr Ehepartner nicht mit dem Kind verwandt ist.

Ist der/die Ehe-/Lebens- partner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Falls bekannt, geben Sie bitte die Rentenversicherungsnummer Ihres Angehörigen bzw. Ihrer Angehörigen an.

Rentenversicherungs- nummer des Angehörigen			
--	--	--	--

Abschnitt „Angaben zum Versicherungsstatus meiner Familienangehörigen“

In diesem Abschnitt geben Sie bitte an, wie und bei welcher Krankenkasse Ihre Angehörigen versichert sind oder versichert waren. Wir benötigen den Namen der Krankenkasse und das Datum, an dem die Versicherung dort endet. Wenn Ihre Angehörigen bei der anderen Krankenkasse ebenfalls familienversichert waren, geben Sie bitte an, über wen die Familienversicherung dort lief.

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
Die Versicherung bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, über die meine Angehörigen familienversichert waren:				

Wenn Sie nur Kinder bei sich versichern möchten und Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr Ehepartner bei einer anderen Versicherung selbst versichert bleibt, dann vermerken Sie das bitte in dieser Zeile.

Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse)				
---	--	--	--	--

Abschnitt: „Sonstige Angaben zu meinen Familienangehörigen“

Wenn eine Angehörige bzw. ein Angehöriger eine selbständige Tätigkeit (z. B. Gewerbebetrieb oder Honorar-tätigkeit) ausübt, kreuzen Sie bitte „Ja“ an und fügen bitte den zuletzt vorliegenden Einkommensbescheid als vollständige Kopie bei. Liegt dieser bei Beginn der Selbständigkeit nicht vor, reichen auch alternative Unterlagen aus (z. B. Gewinn- und Verlustrechnung, Einnahmenüberschussrechnung).

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte die vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids beilegen.)		Euro	Euro	Euro

Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijob) liegt in der Regel vor, wenn das monatliche Bruttoeinkommen maximal 556 Euro (2025) beträgt. Wenn nur ein Minijob ausgeübt wird, benötigen wir keine Gehaltsabrechnung.

Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro	Euro	Euro	Euro
--	------	------	------	------

Bitte geben Sie hier an, ob eine Angehörige bzw. ein Angehöriger eine Rente (z. B. Altersrente, Hinterbliebenen-/Waisenrente) bezieht. Tragen Sie hier ggf. auch Renten aus dem Ausland ein. Diese werden durch eine Kopie des Rentenbescheides nachgewiesen. Ebenso bitten wir Sie, hier den Bezug einer Rente aus einer privaten Versicherung anzugeben.

Monatlicher Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische oder sonstige Renten (Bitte Nachweise beilegen.)	Euro	Euro	Euro	Euro
--	------	------	------	------

Erhält eine bzw. einer Ihrer Angehörigen sonstige Einkünfte, dann geben Sie diese hier an und fügen bitte den aktuellen Einkommenssteuerbescheid als vollständige Kopie bei. Wenn eine Angehörige bzw. ein Angehöriger eine Beschäftigung ausübt und dabei mehr als 556 Euro (2025) im Monat verdient, dann tragen Sie dies hier ein und fügen eine Lohnabrechnung in Kopie bei.

Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)				

Bei Kindern ab dem 23. Geburtstag bitte die Schulausbildung / das Studium nachweisen. Die Schulbescheinigung erhalten Sie in der Schule, meist vom Sekretariat. Studierende bekommen jeweils zu Beginn des Semesters eine Immatrikulationsbescheinigung, von der Sie bitte die aktuellste Ausfertigung an uns senden.

Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- oder Studienbescheinigung beilegen.)	vom bis	vom bis	vom bis
---	------------	------------	------------

Wenn Ihr Kind in der Vergangenheit einen freiwilligen Dienst (z. B. Wehrdienst, FSJ, FÖJ) geleistet hat, dann tragen Sie bitte den entsprechenden Zeitraum hier ein und senden uns einen Nachweis darüber zu.

Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte eine Dienstzeitbescheinigung beilegen.)	vom bis	vom bis	vom bis
--	------------	------------	------------

Bitte tragen Sie zum Abschluss das Datum ein. Der Antrag auf Familienversicherung ist grundsätzlich vom Hauptversicherten (Mitglied) zu unterschreiben.

Sollten Sie als Angehörige bzw. Angehöriger den Fragebogen von uns erhalten haben, über 15 Jahre alt sein und nicht beim Hauptversicherten leben, reicht Ihre Unterschrift aus.

Bitte beachten Sie, dass die Unterschrift zwingend erforderlich ist, damit wir Ihren Antrag auf Familienversicherung prüfen können.

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Über Änderungen werde ich die VIACTIV Krankenkasse umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.			
Datum	Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung meiner Angehörigen zur Weitergabe der erforderlichen Daten erhalten habe.		ggf. Unterschrift des Familienangehörigen Wenn Sie getrennt leben, reicht Ihre Unterschrift oder die Ihres Angehörigen aus.