

Fragebogen für die Aufnahme **IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG**

Titel, Name		Vorname						
Versichertennummer								
Allgemeine Angaben								
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:						
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)								
Telefon: _____		Mobil: _____		(freiwillige Angabe)				
E-Mail: _____ (freiwillige Angabe)								
Allgemeine Angaben zu meinen Familienangehörigen								
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist selbst versichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____								
Bitte machen Sie die Angaben nur für die Angehörigen, die bei uns familienversichert werden sollen. Wenn Sie nur Ihre Kinder mitversichern möchten, benötigen wir allerdings auch die Angaben zu Versicherung und Einkünften Ihres Ehe-/Lebenspartners bzw. Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin – sofern er bzw. sie nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist. Die Einkünfte müssen Sie durch Nachweise belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, hierbei unberücksichtigt lassen. Vielen Dank!								
	Ehe-/Lebenspartner/-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								
Gebrüdername								
Geburtsort								
Geburtsland								
Staatsangehörigkeit								
ggf. abweichende Anschrift								
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ wird auch bei Adoptiv- kindern verwendet.)		<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/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				
Rentenversicherungs- nummer des Angehörigen								
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studien- bescheinigung beilegen.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja				

Angaben zur bisherigen Versicherung meiner Familienangehörigen

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

Angaben zu den Einkünften meiner Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-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	Euro
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
Monatlicher Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische oder sonstige Renten (Bitte Nachweise beilegen.)		Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (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)		Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beilegen.)			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich die VIACTIV Krankenkasse umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid 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.

X

Datum

X

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung meiner Angehörigen zur Weitergabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

X

ggf. Unterschrift der/des Familienangehörigen
Bei getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift der/des Familienangehörigen aus.