

## AUSFÜLLHILFE ZUM FRAGEBOGEN FÜR DIE ÜBERPRÜFUNG DER FAMILIENVERSICHERUNG (BESTANDSPFLEGE)

Wir sind als gesetzliche Krankenkasse verpflichtet, regelmäßig die Voraussetzungen für die Familienversicherung zu überprüfen. Diese Hilfe soll Sie beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen.

In unserem Anschreiben finden Sie das Datum, ab dem alle Angaben erforderlich sind. Ist das Datum in folgendem Feld nicht eingetragen, übernehmen Sie es bitte.

### Die Angaben sind erforderlich ab dem

Sofern noch nicht ausgefüllt, geben Sie bitte Ihren Nachnamen, Vornamen sowie Ihre Krankenversicherungsnummer an.

**Name:**

**Versichertennummer:**

### Abschnitt „Allgemeine Angaben des Mitglieds“

Tragen Sie bitte Ihren aktuellen Familienstand ein. Eine Mehrfachauswahl ist nicht möglich. Waren Sie noch nie verheiratet, kreuzen Sie bitte „ledig“ an. Eine eheähnliche Partnerschaft ist keine Lebenspartnerschaft. Lebenspartner/-in ist die Person gleichen Geschlechts, die mit dem Mitglied eine Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet hat. Das Datum der Heirat/Scheidung/Verpartnerung ist erforderlich, wenn sich etwas im Vergleich zum letzten Fragebogen geändert hat.

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 Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) seit* _____		

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 Ehe-/Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehe-/Lebenspartners. Bitte kreuzen Sie an, ob sie oder er selbst versichert ist, und geben Sie den Namen der Krankenkasse an.

**Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist selbst versichert:**  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Falls es sich um eine private Krankenversicherung, die freie Heilfürsorge oder die Postbeamtenkrankenkasse handelt und Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner/-in mit den Kindern verwandt ist, benötigen wir Angaben zum Einkommen der Ehe/Lebenspartnerin bzw. des Ehe-/Lebenspartners. 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 Ehe-/Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehe-/Lebenspartners (auch, wenn für die Person keine Familienversicherung durchgeführt werden soll)
- Ihrer familienversicherten Kinder

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

<b>Allgemeine Angaben zu meinen Familienangehörigen</b>				
	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
<b>Name</b>				
<b>Vorname</b>				
<b>Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)</b>				

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

<b>ggf. abweichende Anschrift</b>				
-----------------------------------	--	--	--	--

Bitte setzen Sie in dieser Zeile ein Kreuz, wenn Ihr-/e Ehe-/Lebenspartner/-in nicht mit dem Kind verwandt ist.

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

In der nächsten Zeile benötigen wir die Angaben zur Versicherung Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehe/Lebenspartners. Bitte tragen Sie den Versicherungszeitraum, den Namen der Krankenkasse sowie die Versicherungsart ein. Handelt es sich um eine gesetzliche Krankenkasse, tragen Sie bitte die **1** für „gesetzlich versichert“ ein. Bei einer privaten Krankenkasse, der freien Heilfürsorge oder der Postbeamtenkrankenkasse tragen Sie bitte **2** für „nicht gesetzlich versichert“ ein.

<b>Versicherung bei einer anderen Krankenkasse:</b> • Zeitangaben (vom ... bis ...) • Name der Krankenkasse • Versicherungsart: gesetzlich versichert (1), nicht gesetzlich versichert (2)  (Bitte auch die Versicherungszeiten angeben, die im zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom  bis  ..... (Name der Krankenkasse)  Versicherungsart:			
--	---	--	--	--

Bei Kindern ab dem 23. Geburtstag bestätigen Sie bitte eine bestehende Schulausbildung oder ein Studium mit „ja“ und fügen entsprechende Nachweise bei. Die Schulbescheinigung erhalten Sie in der Regel in der Schule, meist im Sekretariat. Studierende erhalten zu Beginn jedes Semesters eine Immatrikulationsbescheinigung. Bitte senden Sie uns die aktuelle Ausfertigung dieser Bescheinigung zu.

<b>Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beilegen.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn Ihr Kind in der Vergangenheit einen freiwilligen Wehrdienst geleistet hat, dann kreuzen Sie „ja“ an und legen eine Dienstzeitbescheinigung als Nachweis für den Zeitraum bei.

<b>Freiwilliger Wehrdienst</b> (Bitte Dienstzeitbescheinigung beilegen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Abschnitt: „Angaben zu den Einkünften meinen Familienangehörigen“

Wenn eine Angehörige bzw. ein Angehöriger eine selbständige Tätigkeit (z. B. Gewerbebetrieb oder Honorartätigkeit) ausübt, geben Sie bitte den Zeitraum und den monatlichen Gewinn 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).

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
<b>Selbstständige Tätigkeit:</b>	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
• Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit				
• Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte die vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids beilegen.)	Euro	Euro	Euro	Euro
(Bitte alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen im zu prüfenden Zeitraum angeben.)				

Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijob) liegt in der Regel vor, wenn das monatliche Bruttoeinkommen maximal 603 Euro (2026) beträgt. Wenn nur ein Minijob ausgeübt wird, benötigen wir keine Gehaltsabrechnung. Bitte geben Sie nur den Zeitraum an.

<b>Geringfügige Beschäftigung (Minijob):</b>	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
• Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung				
(Bitte alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen im zu prüfenden Zeitraum angeben.)				

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.

<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)</b> (Bitte Nachweise beilegen.)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte:	Art der Einkünfte: