

# 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:

- ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft      ☐ Geburt meines Kindes      ☐ Heirat  
☐ Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft meines/meiner Angehörigen      ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Mein Familienstand:      ☐ ledig      ☐ verheiratet      ☐ getrennt lebend      ☐ geschieden      ☐ verwitwet  
☐ 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:      ☐ nein      ☐ 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"/> 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
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ wird auch bei Adoptivkindern 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-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer des Angehörigen				
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung 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)	Euro	Euro	Euro	Euro
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.

**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](http://viactiv.de/datenschutz) oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per E-Mail ([service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de)) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.