

ÜBERPRÜFUNG DER FAMILIENVERSICHERUNG (BESTANDSPFLEGE)

Die Angaben sind erforderlich ab dem

Name:

Versichertennummer:

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 Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) seit* _____			
* Das Datum der Heirat / Scheidung / eingetragenen Lebenspartnerschaft ist erforderlich, wenn sich etwas im Vergleich zum zuletzt abgegebenen Fragebogen geändert hat.				
Telefon:			Mobil:	(freiwillige Angabe)
E-Mail:	(freiwillige Angabe)			

Angaben zu Familienangehörigen

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist selbst versichert: nein ja, bei _____

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 Ehe-/Lebenspartner bzw. Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin 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 Ehe-/Lebenspartners bzw. der Ehe-/Lebenspartnerin und – sofern der Ehe-/Lebenspartner bzw. die Ehe-/Lebenspartnerin 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 meinen Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				
ggf. abweichende Anschrift				
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
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: • 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 Versicherungsart:			
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beilegen.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beilegen.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zu den Einkünften meiner Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit: • Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit • Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte die vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids beilegen.) (Bitte alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen im zu prüfenden Zeitraum angeben.)	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro
Geringfügige Beschäftigung (Minijob): • Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (Bitte alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen im zu prüfenden Zeitraum angeben.)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) (Bitte Nachweise beilegen.)	vom bis Euro Art der Einkünfte:	vom bis Euro Art der Einkünfte:	vom bis Euro Art der Einkünfte:	vom bis Euro Art der Einkünfte:
Mehr als geringfügige Beschäftigung: • Zeitraum der Beschäftigung • Bruttoarbeitsentgelt (Bitte Nachweise beilegen und alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen im zu prüfenden Zeitraum angeben.)	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro	vom bis Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) (Bitte Nachweise beilegen.)	vom bis Euro Art der Einkünfte:	vom bis Euro Art der Einkünfte:	vom bis Euro Art der Einkünfte:	vom bis Euro Art der Einkünfte:

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.

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