

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name:

Versichertennummer:

Allgemeine Angaben des Mitglieds

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 Angehörigen
 Sonstiges _____

Ich war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft im Rahmen einer Familienversicherung

versichert bei _____
Name der Krankenkasse

nicht gesetzlich krankenversichert.

Mein Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
 (In diesem Fall machen Sie Ihre Angaben bitte unter „Ehepartner“.)

Mein Ehepartner ist selbst versichert: nein ja, bei _____

Telefon: _____ Mobil: _____ (freiwillige Angabe).

E-Mail: _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

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 – sofern er/sie nicht gesetzlich versichert ist und mit den Kindern verwandt ist. Die Einkünfte Ihres Ehe-/Lebenspartners müssen Sie durch Nachweise belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, hierbei unberücksichtigt lassen. Vielen Dank!

Eine gleichzeitige Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu meinen Familienangehörigen

	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name*				
* Legen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis (in Kopie) bei, wenn Ihr Ehepartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				
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

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Die bisherige Versicherung • endete am: • 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, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenversicherung)	.....	/	/	/
Sonstige Angaben zu meinen Familienangehörigen				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (bitte Nachweise beilegen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (bitte Nachweise beilegen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Mtl. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen, Vermietung / Verpachtung, sonstige regelmäßige Einkünfte (bitte Nachweise beilegen)	..... Euro Art der Einkünfte	..... Euro Art der Einkünfte	..... Euro Art der Einkünfte	..... Euro Art der Einkünfte
Mtl. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, sonstige Renten (bitte Nachweise beilegen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- oder Studienbescheinigung beilegen)	/	vom bis	vom bis	vom bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte eine Dienstzeitbescheinigung beilegen)	/	vom bis	vom bis	vom bis
Angabe zur Vergabe einer Versichertennummer für familienversicherte Angehörige				
Rentenversicherungsnummer des Angehörigen				

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Über Änderungen werde ich Sie 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.

Datenschutzhinweis:

Damit wir die Voraussetzungen für eine Familienversicherung beurteilen können, sind wir auf Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V angewiesen. Wir benötigen die Daten für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (nach §§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI). Freiwillig angegebene Kontaktdaten verwenden wir ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis.

DATENSCHUTZHINWEIS

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (kurz DS-GVO) geregelt.

Weitergehende Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren

„Informationen zum Datenschutz“

Diese können Sie auf unserer Homepage viactiv.de/datenschutz lesen und herunterladen.

Gerne senden wir Ihnen die „Informationen zum Datenschutz“ auch in der von Ihnen gewünschten Form zu: Rufen Sie uns einfach unter der Telefonnummer **0800 222 12 11** an oder senden Sie uns eine E-Mail an service@viactiv.de. Vielen Dank!

In unseren **Servicecentern** können Sie unsere „Informationen zum Datenschutz“ ebenfalls einsehen.