

**Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)**  
**Die Angaben sind erforderlich ab dem**

**Name:**  
**Unser Zeichen:**

<b>Allgemeine Angaben des Mitglieds</b>	
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 Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____ <b>(In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik Ehepartner/in zu machen.)</b>
<b>Mein Ehepartner ist selbst versichert:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer / E-Mail-Adresse _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).	

**Angaben zu Familienangehörigen**

Die folgenden Daten sind grundsätzlich nur für die Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich Ihre Kinder familienversichert werden sollen. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartners und – sofern der Ehepartner 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.

<b>Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen</b>				
	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich; w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				
Abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: • Zeitangaben • Name der Krankenkasse • Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)  (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom ..... bis ..... ..... (Name der Krankenkasse)  Versicherungsart: .....	vom ..... bis ..... ..... (Name der Krankenkasse)  Versicherungsart: .....	vom ..... bis ..... ..... (Name der Krankenkasse)  Versicherungsart: .....	vom ..... bis ..... ..... (Name der Krankenkasse)  Versicherungsart: .....
* Eine gleichzeitige Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.				
Schulbesuch / Studium ( <b>bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- bzw. Studienbescheinigung beilegen</b> )	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst ( <b>bitte eine Dienstzeitbescheinigung beilegen</b> )	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen				
	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
<b>Selbstständige Tätigkeit:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit</li> <li>• Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)</li> </ul> (Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Tätigkeiten in dem zu prüfenden Zeitraum an.)	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro
<b>Geringfügige Beschäftigung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung</li> <li>• Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)</li> </ul> (Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro
<b>Gesetzliche Rente,</b> Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro
<b>Mehr als geringfügige Beschäftigung:</b>  Zeitraum der Beschäftigung  Bruttoarbeitsentgelt  (Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro
Sonstige regelmäßige monatliche <b>Einkünfte</b> im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Abfindungen, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro	vom ..... bis ..... .....Euro

Meine Angaben sind wahr und vollständig. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren, insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner Angehörigen verändert (neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\*

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Mitglieds**

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Weitergabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben

\_\_\_\_\_  
**ggf. Unterschrift der Familienangehörigen**

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

# 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](https://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](mailto:service@viactiv.de). Vielen Dank!

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