

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:	
<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt meines Kindes
<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft meines Angehörigen	<input type="checkbox"/> Heirat
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Ich war bisher <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung	
versichert bei _____ Name der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert.	
Mein Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (In diesem Fall machen Sie Ihre Angaben bitte unter „Ehepartner“.)	
Mein Ehepartner ist selbst versichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem 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				
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)
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	Kind	Kind	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, Vermietung, Verpachtung Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	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

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung meiner Angehörigen zur Weitergabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

Wenn Sie getrennt leben, reicht Ihre Unterschrift oder die Ihres Angehörigen 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 Service-Center einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.