

ÜBERPRÜFUNG DER FAMILIENVERSICHERUNG (BESTANDSPFLEGE)

Die Angaben sind erforderlich ab dem

Name:

Versicherungsnummer:

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Familienstand: ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend seit _____
 geschieden seit _____ verwitwet seit _____
 eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____
(In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik Ehepartner/in zu machen.)

Mein/e Ehepartner/in ist selbst versichert: nein ja, bei _____

Telefon: _____ Mobil: _____ (freiwillige Angabe)

E-Mail: _____ (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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

| | Ehepartner/in | Kind | Kind | Kind |
|---|--|--|--|--|
| Name | | | | |
| 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) | | | | |
| 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 (bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- bzw. Studienbescheinigung beilegen) | | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |
| Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (bitte eine Dienstzeitbescheinigung beilegen) | | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen

| | Ehepartner/in | Kind | Kind | Kind |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Selbstständige Tätigkeit: <ul style="list-style-type: none"> Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) <small>(Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Tätigkeiten in dem zu prüfenden Zeitraum an.)</small> | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro |
| Geringfügige Beschäftigung: <ul style="list-style-type: none"> Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) <small>(Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)</small> | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten <small>(monatlicher Zahlbetrag)</small> | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro |
| Mehr als geringfügige Beschäftigung: Zeitraum der Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt <small>(Bitte geben Sie alle laufenden und bereits beendeten Beschäftigungen in dem zu prüfenden Zeitraum an.)</small> | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro | vom bis Euro |
| Mtl. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) | 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.

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 getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift der/des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis:

Die VIActiv Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 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.

AUSFÜLLHILFE ZUM BESTANDSPFLEGEBOGEN FAMILIENVERSICHERUNG

Ihr/e Ehepartner/in ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:

Bitte ergänzen Sie immer die Angaben zum/zur Ehepartner/in. Nachweise über das Einkommen benötigen wir nicht.

Ihr/e Ehepartner/in ist privat krankenversichert oder nicht versichert:

Eine private Krankenversicherung ist zum Beispiel die Barmenia. Auch eine freie Heilfürsorge, wie bei Beamten, zählt hierzu. In diesen Fällen ist das Einkommen des/der Ehepartners/in immer nachzuweisen. Wir benötigen daher den aktuellen Steuerbescheid, eine aktuelle Bezügemitteilung und sonstige Nachweise. Nur so können wir prüfen, ob wir Ihre Kinder beitragsfrei familienversichern können.

Ihr/e Ehepartner/in ist oder war familienversichert:

Tragen Sie bitte alle Angaben hierzu ein. Bitte geben Sie die Versicherungszeiten des/der Ehepartners/in bei einer anderen Krankenkasse sowie seine/ihre Einkünfte immer an. Eigene Einkünfte sind zum Beispiel Einnahmen aus Kapitalvermögen, aus einer Rente oder Versorgungsbezügen, aus einer Beschäftigung oder aus sonstigen Einkünften.

Dies trifft alles nicht zu? Einfach den Bogen unterschreiben und zurücksenden. Vielen Dank!

Ihr/e Lebenspartner/in ist oder war familienversichert:

Eine eheähnliche Partnerschaft ist keine Lebenspartnerschaft. Lebenspartner/in ist die Person gleichen Geschlechts, die mit dem Mitglied eine Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet hat. Dies ist auf dem Fragebogen unter dem Punkt „Familienstand“ zu vermerken. Alle anderen Angaben sind unter dem Punkt „Ehepartner/in“ einzutragen.

Dies trifft alles nicht zu? Einfach den Bogen unterschreiben und zurücksenden. Vielen Dank!

Ihre Kinder sind oder waren familienversichert:

Auch hier benötigen wir alle Angaben. Geben Sie daher die Versicherungszeiten Ihrer Kinder bei einer anderen Krankenkasse sowie deren Einkünfte immer an. Eigene Einkünfte der Kinder sind zum Beispiel Unterhalt vom leiblichen Elternteil, eine Rente, Entgelt aus einer Beschäftigung oder aus sonstigen Einkünften.

Dies trifft alles nicht zu? Einfach den Bogen unterschreiben und zurücksenden. Vielen Dank!

Ihre Stiefkinder oder Enkelkinder sind oder waren familienversichert:

Bitte füllen Sie die extra Anlage mit der Bestätigung der Aufnahme im eigenen Haushalt aus. Lebt ein Stief- oder Enkelkind außerhalb des eigenen Haushalts, so benötigen wir zusätzlich geeignete Nachweise über den geleisteten Unterhalt, z.B. Kontoauszüge.

Welche Einkünfte darf der mitversicherte Angehörige haben?

Ihr Angehöriger darf ein monatliches Bruttoeinkommen von bis zu 485 Euro im Jahr 2023 haben. Bei einem Minijob gilt eine Grenze von monatlich 520 Euro. Zum Einkommen zählen beispielsweise der Ehegattenunterhalt, Renten oder Versorgungsbezüge, Miet- und Zinseinkünfte und Kapitalvermögen.

Hauptberuflich selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit

Angehörige können familienversichert sein, wenn sie nicht hauptberuflich selbstständig oder freiberuflich erwerbstätig sind. Hauptberuflich ist eine Tätigkeit dann, wenn sie wirtschaftlich und zeitlich die Haupterwerbstätigkeit ist. Bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Angehöriger eine solche Tätigkeit ausübt.