

# Fragebogen für die Aufnahme IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG

Titel, Name

Vorname

Versichertennummer

## Allgemeine Angaben

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/meiner 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 Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)  
(In diesem Fall machen Sie Ihre Angaben bitte unter „Ehepartner/-in“)

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

E-Mail: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

## Allgemeine Angaben zu meinen 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 bzw. Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin – sofern er bzw. sie nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist. Die Einkünfte 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.

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist selbst versichert: ☐ nein ☐ ja, bei \_\_\_\_\_

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen Mitglied und 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				
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				
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
Geburtsname				
Geburtsort / Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandschaftsverhältnis zum Mitglied: (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ wird auch bei Adoptiv- kindern 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-/Lebens- partner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandschaftsverhältnis ankreuzen.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungs- nummer des Angehörigen				

## Angaben zum Versicherungsstatus meiner Familienangehörigen

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
Die Versicherung 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, über die meine Angehörigen familienversichert waren:				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse)				

## Sonstige Angaben zu meinen Familienangehörigen

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte die vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids beilegen.)	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatlicher Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische oder sonstige Renten (Bitte Nachweise beilegen.)	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
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

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Über Änderungen werde ich die VIACTIV Krankenkasse 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.

X

Datum

X

Unterschrift des Mitglieds

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

X

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen  
Wenn Sie getrennt leben, reicht Ihre Unterschrift oder die Ihres Angehörigen aus.



Art. 0010100000 (12/24)

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