

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

(Bitte zutreffende Felder **nur ankreuzen**, nicht durchstreichen)

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person (Mitglied)

Ich war bisher

- ☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
☐ im Rahmen einer Familienversicherung
☐ nicht gesetzlich krankenversichert

}

versichert bei _____
 (Name der Krankenkasse)

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

☐ Geburt des Kindes
☐ Sonstiges: _____

☐ Heirat

Beginn der Familienversicherung.: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe)

Nachfolgende Angaben sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Bitte tragen Sie auch die Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner ein. Ist der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt, sind Angaben zu seinem Einkommen notwendig. Die Einnahmen sind **zwingend** durch Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Einkünften unberücksichtigt.

2. Allgemeine Angaben zu Ihren Familienangehörigen

Angehöriger	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Name*	_____	_____	_____	_____
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sowie bei Neugeborenen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (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, d = divers, x = unbestimmt)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Ist Ihr Ehepartner mit dem Kind verwandt?		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

*** Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

3. Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung Ihrer Familienangehörigen

Angehöriger	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname	_____	_____	_____	_____
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Art der bisherigen Krankenversicherung: (Das Einkommen nicht gesetzlich versicherter Ehepartner/Lebenspartner ist zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen.)	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ 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 Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____			

4. Angaben zum Einkommen Ihrer Familienangehörigen

Übt Ihr Angehöriger eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) aus?	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____
Übt Ihr Angehöriger eine mehr als geringfügige Beschäftigung aus?	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____
Ist Ihr Angehöriger selbstständig tätig? (Bitte den aktuell vorliegenden Einkommensteuerbescheid beifügen)	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. vom _____ bis _____
Bezieht Ihr Angehöriger Renten, Versorgungsbezüge, Arbeitslosengeld oder hat er sonstige regelmäßige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes, Unterhalt) im Sinne des Einkommensteuerrechts? (Bitte entsprechende Nachweise beifügen)	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. ☐ Rente (gesetzliche, private, ausländische) ☐ Versorgungsbezug ☐ Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: ☐ Kapitalvermögen ☐ Vermietung und Verpachtung ☐ Sonstiges vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. ☐ Rente (gesetzliche, private, ausländische) ☐ Versorgungsbezug ☐ Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: ☐ Kapitalvermögen ☐ Vermietung und Verpachtung ☐ Sonstiges vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. ☐ Rente (gesetzliche, private, ausländische) ☐ Versorgungsbezug ☐ Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: ☐ Kapitalvermögen ☐ Vermietung und Verpachtung ☐ Sonstiges vom _____ bis _____	☐ nein ☐ ja, _____ EUR mtl. ☐ Rente (gesetzliche, private, ausländische) ☐ Versorgungsbezug ☐ Arbeitslosengeld I / II Einkünfte aus: ☐ Kapitalvermögen ☐ Vermietung und Verpachtung ☐ Sonstiges vom _____ bis _____

5. Sonstige Angaben zu Ihren Familienangehörigen				
Befindet sich Ihr Kind in Schul- oder Berufsausbildung? Ggf. bis wann? (Ab 23 Jahren bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		☐ Schule ☐ Studium ☐ berufliche Ausbildung bis _____	☐ Schule ☐ Studium ☐ berufliche Ausbildung bis _____	☐ Schule ☐ Studium ☐ berufliche Ausbildung bis _____
Hat Ihr Kind Wehrdienst oder gesetzlich geregelten Freiwilligendienst geleistet? (Bitte Nachweise beifügen)		☐ ja ☐ nein vom _____ bis _____	☐ ja ☐ nein vom _____ bis _____	☐ ja ☐ nein vom _____ bis _____
Erwerbslosigkeit des Kindes		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
6. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für Ihre Familienangehörigen				
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

X
ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.
Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

www.ikk-nord.de