

Familienversicherung Teil 3

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung



Mehr Leistung. Mehr Service.

Mehr Leistung. Mehr Service. Mitglied werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Straße, Hausnummer

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Postleitzahl, Ort

Krankenversicherungsnummer (Geburtsname/-ort)

Angaben des Mitglieds

Ich war im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei:

Ich war im Rahmen einer eigenen Familienversicherung versichert bei:

Name der Krankenkasse/Krankenversicherung

nicht gesetzlich krankenversichert

Mein Familienstand

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz-LPartG (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehegatte" zu machen.)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Heirat

Geburt des Kindes

sonstige:

Beginn der Familienversicherung

Bei Rückfragen bin ich tagsüber zu erreichen (freiwillige Angabe). Telefon

Angaben zur Familienversicherung

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; 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 unberücksichtigt zu lassen. **Wichtig:** 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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	<input type="text"/>	<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 Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)
Die bisherige Krankenversicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Wird Bürgergeld bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ Art der Einkünfte _____ EUR	_____ Art der Einkünfte _____ EUR	_____ Art der Einkünfte _____ EUR	_____ Art der Einkünfte _____ EUR
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Bundesfreiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt.)	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				

Zur Erstellung einer elektronischen Gesundheitskarte werden folgende Angaben zwingend benötigt.

Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere wenn sich das Einkommen meiner o. g. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift des Familienangehörigen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten ist zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben notwendig und zulässig. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind §§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo

Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Lichtbilder

Zur Versicherung bei der IKK gesund plus gehört eine elektronische Gesundheitskarte. Diese möchten wir auch Ihren familienversicherten Angehörigen so schnell wie möglich zusenden. Darum bitten wir Sie, uns jeweils ein entsprechendes Lichtbild zur Verfügung zu stellen. **Wichtig:** Für alle Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres ist ein aktuelles farbiges Lichtbild gesetzlich vorgeschrieben.