

# Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse

Die Angaben sind erforderlich ab Januar 2005, bei Erstkunden ab Versicherungsbeginn

## 1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefonnummer \* \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_ Mobil-Telefonnummer \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \* \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

seit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)  
seit: \_\_\_\_\_ (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung **versichert bei** \_\_\_\_\_

nicht gesetzlich krankenversichert Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Mein Ehegatte ist selbst versichert  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_

## 2. Familienangehörige

Die Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist). Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften nicht zu berücksichtigen.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (männlich/weiblich)		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
<b>Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied:</b> z. B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
Name der Krankenkasse (ggf. Abkürzung)				
Arbeitsverhältnis/selbstständige Tätigkeit liegt vor. <b>Bitte unbedingt ankreuzen!</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (sofern mehrere Beschäftigungen bestanden bzw. bestehen, bitte gesondertes Blatt verwenden)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – bitte Nachweise in Kopie beifügen (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten, Zeitraum, für den die Einkünfte erzielt wurden bzw. werden (sofern der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	(Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	(Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	(Art der Einkünfte) vom _____ bis _____
Schulbesuch/Studium ( <b>bitte bei Jugendlichen ab 23 Jahren eine Schulbescheinigung beifügen</b> )	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst ( <b>bitte eine Dienstzeitbescheinigung beifügen</b> )	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner oben angegebenen Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitgliedes \_\_\_\_\_ ggf. Unterschrift der Familienangehörigen \_\_\_\_\_

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 (§ 67 a Abs. 3 SGB X):** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

\*Die Angaben der Telefonnummern und E-Mail-Adresse sind freiwillig.