



Fragebogen zur Prüfung der Familienversicherung

Name und Vorname vom Hauptversicherten: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

1. Angaben zum Familienstand

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

2. Warum soll die Familienversicherung für Ihre Angehörigen durchgeführt werden?

- Ende der Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse (Bescheinigung der Vorkasse beilegen)
 Ende der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse (Bescheinigung der Vorkasse beilegen)
 Heirat (Heiratsurkunde und Bescheinigung der Vorkasse beilegen)
 Geburt (Geburtsbescheinigung beilegen)
 Arbeitslosengeld II-Bezug (Bewilligungsbescheid und Bescheinigung der Vorkasse beilegen)
 Studium (Studienbescheinigung und Bescheinigung der Vorkasse beilegen)
 Ende der Selbständigkeit (Gewerbeabmeldung beilegen)
 Zuzug aus dem Ausland (Aufenthaltsbescheinigung beilegen)
 Sonstige Gründe: _____

3. Angaben zum Ehepartner

Die Angaben sind auch erforderlich, falls nur die Kinder bei uns versichert werden sollen.

Mein Ehepartner ist mit den Kindern verwandt: ja
 nein (weitere Angaben sind nicht erforderlich)

Mein Ehepartner ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:

ja _____
(Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift der Krankenkasse an)

nein (dann bitte die folgende Frage zum Einkommen beantworten)

Mein Ehepartner hat eigene Einkünfte:

- nein
 ja, **die Einkünfte liegen brutto über 50.850 EUR jährlich**
 nein (bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei)
 ja,

Übersteigen die Einnahmen Ihres Ehepartners Ihre Einnahmen?

- nein (bitte legen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei)
 ja

4. Angaben zu den Familienangehörigen, die mitversichert werden sollen

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Bei abweichendem Namen bitte Geburts- oder Heiratsurkunde beilegen!				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum				
Beginn der Familienversicherung:				
ggf. abweichende Anschrift:				
Erhalten Sie Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung?	<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
Sind Sie hauptberuflich selbständig tätig? (Bitte Kopie des letzten Steuerbescheides beilegen)	<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
Haben Sie regelmäßige Einkünfte? (Dazu zählen: Bruttoarbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Kapitalerträge, Rente, Versorgungsbezüge u.a.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Höhe: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Höhe: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Höhe: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Höhe: _____
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied:		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> Schule / Studium von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Schule / Studium von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Schule / Studium von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

5. Angaben zur Vergabe einer Sozialversicherungsnummer

Sozialversicherungsnummer				
---------------------------	--	--	--	--

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn **noch keine** Sozialversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort / Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben! Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen der Angehörigen verändert oder einer der o. g. Angehörigen selbst Mitglied einer Krankenkasse wird.

Datum Unterschrift Mitglied ggf. Unterschrift des Angehörigen Telefonnummer für Rückfragen

Mit der Unterschrift bestätige ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten.

Informationen zur Familienversicherung

Bitte beachten Sie bei der Familienversicherung die nachfolgenden Hinweise:

Der Anspruch auf Familienversicherung besteht für Kinder

- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind bzw.
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden.

Wird die Schulausbildung durch die Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht (z. B. Wehr- oder Zivildienst) unterbrochen, verlängert sich die Familienversicherung um den Zeitraum der Dienstpflicht über das 25. Lebensjahr hinaus.

Die Familienversicherung endet

- wenn das Einkommen regelmäßig monatlich 375,00 € (2012) übersteigt; für geringfügige Beschäftigten beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,00 €
- wenn die Mitgliedschaft des Versicherten, auf dem die Familienversicherung beruht, bei uns endet

Ein Anspruch auf Familienversicherung für Kinder besteht nicht, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte

- nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist und
- sein Einkommen regelmäßig im Monat 4.237,50 € (2012) übersteigt und
- er regelmäßig mehr verdient als der Ehegatte

Ein Anspruch auf Familienversicherung besteht für Angehörige nicht, wenn sie hauptberuflich selbständig sind.

BM
2012