

Vorname Name des Mitglieds _____

KV-Nummer: _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ▶ Ich (Vorname, Name) 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 „Ehegatte“ zu machen)
- ▶ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
- Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____
- ▶ Beginn der Familienversicherung: _____
- ▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- ▶ Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

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

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*				
* 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				
Geschlecht (m = männlich, w = 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)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<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="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	..... (Vorname) ..	..... (Vorname) ..	..... (Vorname) ..	..... (Vorname) ..
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name d. 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 Arbeitslosengeld II 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)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom	vom	vom

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

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

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____ 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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Infoblatt zur Familienversicherung

Stand: Januar 2012

Wer kann kostenfrei familienversichert werden?

- Kinder; Stiefkinder; Enkel und Pflegekinder
- Ehepartner/Ehepartnerinnen; Lebenspartner/Lebenspartnerinnen

Was sind unter anderem die Voraussetzungen für Ihre Angehörigen?

- sie leben in Deutschland
- sie sind nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse
- sie sind nicht hauptberuflich selbständig tätig
- sie haben ein regelmäßiges Gesamteinkommen von maximal 375,00 € monatlich (Wert für 2012). Für geringfügig Beschäftigte (Minijob) beträgt die Grenze 400,00 €.

Bis zu welchem Alter können Kinder familienversichert sein?

- **bis zum 23. Geburtstag**, wenn sie **nicht erwerbstätig** sind
- **bis zum 25. Geburtstag**, wenn sie sich in einer **Schul- oder Berufsausbildung** befinden **oder** ein **freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz (gilt für Dienste, die ab 01.07.2011 begonnen wurden)** absolvieren

Gibt es Verlängerungsmöglichkeiten für die Familienversicherung?

Wir verlängern die Familienversicherung über den 25. Geburtstag hinaus um die Zeit des gesetzlich vorgeschriebenen Wehr- und Zivildienstes. Dienste im Sinne des Jugendfreiwilligen- oder Bundesfreiwilligendienstgesetzes, die ab dem 01.07.2011 begonnen wurden, werden bei einer Verlängerung über den 25. Geburtstag hinaus ebenfalls berücksichtigt. Angerechnet wird die Zeit des tatsächlich geleisteten Freiwilligendienstes, maximal jedoch 12 Monate.

Wir versichern Kinder ohne Altersbeschränkung, wenn Ihr Kind behindert ist und nicht für sich selbst sorgen kann. Hier muss die Behinderung jedoch schon zu einem Zeitpunkt vorgelegen haben, als Ihr Kind familienversichert war.

Was ist sonst noch wichtig?

Ist Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann privat versichert, können Ihre Kinder nur unter folgenden Voraussetzungen familienversichert werden:

- Der (Die) **privat** versicherte Ehepartner/Ehepartnerin ist nicht mit dem zu versichernden Kind verwandt oder
- hat ein Gesamteinkommen unter 4.237,50 € monatlich (Wert für 2012) oder
- hat ein geringeres Gesamteinkommen als das Mitglied der pronova BKK.

Welche Nachweise benötigen wir gegebenenfalls von Ihnen?

Bei Kindern ab dem 23. Geburtstag:	aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung oder Bescheinigung über das freiwillige/soziale/ökologische Jahr
Bei Verlängerung über den 25. Geburtstag: Dienstbeginn ab 01.07.2011	Nachweis über die Zeit des Dienstes nach dem Jugendfreiwilligendienst- oder Bundesfreiwilligendienstgesetz, bei geleisteten Wehr- und Zivildiensten <u>vor dem 01.07.2011</u> : Nachweis über diese Dienstzeit
Bei Stiefkindern:	Nachweis(e) über Unterhaltszahlungen; Nachweis(e) über die monatlichen Nettoeinkünfte aller Familienmitglieder
Bei Pflegekindern:	Nachweis über den genauen Zeitpunkt der Annahme des Kindes
Bei Angehörigen mit eigenen Einkünften (außer bei Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung):	Kopie des aktuellen Steuerbescheids
Bei Angehörigen mit eigener Rente: (auch Renten aus dem Ausland)	Kopie des aktuellen Rentenbescheids
Bei privat versicherten Ehegatten:	Kopie des aktuellen Steuerbescheids oder der letzten 3 Gehaltsabrechnungen
Bei abweichenden Familiennamen: - bei Ehegatten: - bei Kindern:	Kopie der Heiratsurkunde Kopie(n) der Geburtsurkunde(n)

Achtung! Veränderungen, wie zum Beispiel die Beschäftigungsaufnahme eines Familienangehörigen, Austritt des Ehepartners/der Ehepartnerin aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Scheidung teilen Sie uns bitte in Ihrem eigenen Interesse mit.