

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ♦ 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 „Ehegatte“ zu machen)
- ♦ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
 - Beginn meiner Mitgliedschaft Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 - Heirat (**Bitte Heiratsurkunde beifügen.**) Geburt des Kindes (**Bitte Geburtsurkunde beifügen**)
 - 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

Die Angaben sind für alle Familienversicherten bei der AOK Sachsen-Anhalt erforderlich. Sofern Kinder mitversichert werden, sind die Angaben zur Krankenversicherung des Ehepartners, der mit dem Kind verwandt ist, immer notwendig. Ist der Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert (private Krankenversicherung, Heilfürsorge, Beihilfe) sind dessen Einnahmen durch entsprechende Einkommensnachweise zu belegen.

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 führen und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
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				
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 Vergabe einer Krankenversicherenummer 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				



Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung <input type="checkbox"/> endete am: _____ <input type="checkbox"/> bestand bei: (Name der Krankenkasse) _____	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<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 <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung
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 Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bzw. Verdienstbescheinigungen beifügen, wenn von den Angehörigen Einkünfte erzielt werden.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbständige Tätigkeit liegt vor Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja _____ €			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Wurde eine Rente beantragt?	<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)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
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) _____			
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 22 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Kopie der Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

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 Einkommenssteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. Diese Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. §175 SGB V und §94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Mitgliedschaft bzw. Versicherung nach §§ 5-10 SGB V und §§ 20 bis 26 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft bzw. Versicherung nicht durchgeführt werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen, bitten wir Sie auch um die freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail Adresse. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/san/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Sachsen-Anhalt, 39084 Magdeburg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Servicehotline: 0800/ 226 57 26 oder unter Datenschutz@san.aok.de.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Interne Bearbeitungsvermerke



Ort, Datum

Name und Vorname AOK-Mitarbeiter

Unterschrift AOK-Mitarbeiter

LI Kennung