

Mitglied: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Überprüfung der Familienversicherung

Die Angaben sind erforderlich ab: **01.01.2020**

### Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. **Abwechselnd hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner** auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners – **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.

#### Familienstand (A)

- ledig
                 
  verheiratet seit \_\_\_\_\_
                 
  getrennt lebend
                 
  verwitwet
- geschieden seit \_\_\_\_\_
                 
  Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG) seit \_\_\_\_\_  
 (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)

Das Datum der Heirat/Scheidung/eingetragenen Lebenspartnerschaft ist erforderlich, sofern gegenüber dem zuletzt abgegebenen Fragebogen eine Änderung eingetreten ist.

#### Persönliche Angaben

	Ehegatte (B)	Kind		Kind		Kind	
Name							
Vorname							
Geburtsdatum							
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift							
Ist Ihr Ehegatte mit dem Kind verwandt? (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

#### Versicherung bei einer anderen Krankenkasse

(In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Zeitangabe	Vom	Vom	Vom	Vom
	Bis	Bis	Bis	Bis
Name der Krankenkasse				
Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)				

\* **Hinweis:** 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.

Mitglied: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

**Tätigkeiten/Beschäftigungsverhältnis****Schulbesuch/Studium**

(Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)

/

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

**Wehr- und Zivildienst**

(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt.)

/

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

**Selbstständige Tätigkeit (C)**

(Bitte geben sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)

Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit

Vom

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

Bis

Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)

€

€

€

€

**Geringfügige Beschäftigung**

(Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)

Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung

Vom

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

Bis

Bruttoarbeitsentgelt (D), monatlich (Keine ca. Angaben)

€

€

€

€

**Einkünfte****Bezug von Arbeitslosengeld II**

Vom

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

Bis

**Gesetzliche Rente, Vorsorgebezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Rente**

(monatlicher Zahlbetrag)

(E)

Vom

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

Bis

€

€

€

€

Art der Einkünfte

Art der Einkünfte

Art der Einkünfte

Art der Einkünfte

Vom

Vom

Vom

Vom

Bis

Bis

Bis

Bis

€

€

€

€

Art der Einkünfte

Art der Einkünfte

Art der Einkünfte

Art der Einkünfte

Mitglied: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

**Mehr als geringfügige Beschäftigung**

(Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)

<b>Zeitraum der Beschäftigung</b>	Vom Bis	Vom Bis	Vom Bis	Vom Bis
<b>Bruttoarbeitsentgelt (Ø monatlich)</b>	€	€	€	€
<b>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b> (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) <b>(E)</b>	Vom Bis	Vom Bis	Vom Bis	Vom Bis
	€	€	€	€
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
<b>Sonstige Einkünfte</b> (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Vom Bis	Vom Bis	Vom Bis	Vom Bis
	€	€	€	€
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte

**Bei Rückfragen bin ich... (F)**

(Die Angaben sind freiwillig.)

- tagsüber zu erreichen unter der Rufnummer: \_\_\_\_\_
- stehe ich unter folgender E-Mail-Adresse zur Verfügung: \_\_\_\_\_
- 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 selbständiger Tätigkeit) oder dieses, 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.