

Name, Vorname der/des Versicherten:

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum für Versicherung und Beitrag
45095 Essen

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Bisherige Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse	_____
<input type="checkbox"/> Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse	(Name und Sitz der Krankenkasse)
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	
Familienstand	
<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> ledig
<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
<input type="checkbox"/> Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit _____ (Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	
<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat
<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Beginn der Familienversicherung der Angehörigen _____ (Bitte das Datum angeben)	
Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der 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 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 und – sofern der Ehegatte 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				
Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
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. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind		<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
* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.				
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschafts- verhältnis 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	_____	_____	_____	_____
• endete am:	_____	_____	_____	_____
• bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familien- versicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familien- versicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familien- versicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familien- versicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familien- versicherung abgeleitet wurde	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Kranken- versicherung)	_____	_____	_____	_____
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)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer				
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 oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift des 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 (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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, § 25 SGB XI) zu erheben und zu verarbeiten. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.knappschaft.de/datenschutz. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.