

Health insurance/nursing care insurance number:
 Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Surname, first name of the member:
 Name, Vorname der/des Versicherten:

Questionnaire for Membership in the Family Insurance

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

General Member Data Allgemeine Angaben des Mitglieds
<p>Previous Health Insurance Bisherige Krankenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Member of a statutory health insurance company Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Family insurance with a statutory health insurance company Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse</p> <p>_____</p> <p>(Name and seat of the health insurance company Name und Sitz der Krankenkasse)</p> <p><input type="checkbox"/> Not a member of a statutory health insurance company nicht gesetzlich krankenversichert</p>
<p>Marital Status Familienstand</p> <p><input type="checkbox"/> married since verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> separated since getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> single ledig</p> <p><input type="checkbox"/> divorced since geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> widowed since verwitwet seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registered civil partnership since Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit _____</p> <p>(Please provide information under „Spouse“) (Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)</p>
<p>Reason for Membership in the Family Insurance Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Start of my membership Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Birth of a child Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Marriage Heirat</p> <p><input type="checkbox"/> Termination of the previous membership of the family member Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen</p> <p><input type="checkbox"/> Other Sonstiges: _____</p>
<p>Start of the family insurance of the family member(s) _____ (Please enter the date)</p> <p>Beginn der Familienversicherung der Angehörigen _____ (Bitte das Datum angeben)</p>
<p>My daytime telephone number should there be any questions _____ available (voluntary information).</p> <p>Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).</p> <p>My email address is _____ (voluntary information).</p> <p>Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).</p>
Family Member(s) Data Angaben zu Familienangehörigen
<p>The following data is only to be provided for the family members who are to be insured as a family member. As a deviation from this, we also require individual data concerning your spouse even if the family member insurance is or was solely for your children. In this case, we require not only the general data, but also information concerning the insurance of the spouse and – should the spouse not be a member of a statutory health insurance company and is related to the children -, his or her income; it is imperative that the income is proven in the form of proofs of earning; any allowances that are paid in connection with the marital status are not to be included when stating the earnings, however.</p> <p>Please note that a family insurance in different health insurance companies at the same time is legally impermissible. Please therefore ensure that a double family insurance is excluded when providing your information.</p>

General Family Members Data Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Surname Name				
Please enclose a marriage certificate or proof of descent and personal status should your spouse or children have other names and you have not already presented these documents. This is not valid for double names or different endings.				
First names Vorname				
Sex Geschlecht (m= male, f= female, x= indefinite) (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)
Date of birth Geburtsdatum				
Different address, if appropriate ggf. abweichende Anschrift				
Kinship between the member and the child Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	_____	<input type="checkbox"/> Biological child* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind	<input type="checkbox"/> Biological child* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind	<input type="checkbox"/> Biological child* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind
* The term "biological child" is also to be used for adopted children * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.				
Is the spouse related to the child? (Please only tick if there is no kinship) Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> No Nein	<input type="checkbox"/> No Nein	<input type="checkbox"/> No Nein
Data on the last previous or existing insurance of the family member(s) Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
The previous insurance Die bisherige Versicherung <ul style="list-style-type: none"> terminated on endete am: exists with bestand bei: (Name of the health insurance company) (Name der Krankenkasse) 	_____	_____	_____	_____
Type of the previous insurance Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Family insurance membership Mitgliedschaft Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Family insurance membership Mitgliedschaft Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Family insurance membership Mitgliedschaft Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Family insurance membership Mitgliedschaft Familienversicherung <input type="checkbox"/> not statutory nicht gesetzlich
If a family insurance existed last, surname and first name of the person on the basis of whose membership the family insurance existed Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	_____ (First name Vorname) _____ (Surname Name)	_____ (First name Vorname) _____ (Surname Name)	_____ (First name Vorname) _____ (Surname Name)	_____ (First name Vorname) _____ (Surname Name)
The last insurance still exists with: (Name of the health insurance company) Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____
Other Family Member(s) Data Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Self-employment exists: Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja
Profit from self-employment (monthly) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Please enclose a copy of the latest income tax assessment notice. Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Gross remuneration from minor employment (monthly) Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

Other Family Member(s) Data Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
State pension, pensions and related benefits, company pension, foreign pension, other pension (monthly payment). <small>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>
Gross remuneration from more than minor employment (monthly average) <small>Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)</small>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Other regular monthly income in the meaning of the German Income Tax Act (e.g. income from letting and leasing, income from capital assets) <small>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small> _____ EUR <small>(Type of Income) (Art der Einkünfte)</small>
School education/studies (Please enclose a school or study certificate for children aged 23 or older) <small>Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)</small>	_____	from vom _____ to bis _____	from vom _____ to bis _____	from vom _____ to bis _____
Military/civilian/statutory voluntary service (Please enclose a certificate of service) <small>Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)</small>	_____	from vom _____ to bis _____	from vom _____ to bis _____	from vom _____ to bis _____
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Pension insurance number <small>Rentenversicherungsnummer</small>				
Name at birth Geburtsname				
Place and country of birth <small>Geburtsort / Geburtsland</small>				
Nationality Staatsangehörigkeit				

I confirm the correctness of the information. I shall inform you of any changes without delay. This is especially the case should the income of my aforementioned family member(s) change (e.g. new income tax assessment notice when self-employed) or should he/she become a member of (another) health insurance company.

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.

Place, date | Ort, Datum

Signature of the member | Unterschrift des Mitglieds

Signature of the family member if appropriate
ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

By providing my signature, I declare that I have been provided with the consent of the family member(s) regarding the provision of the required data.

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

Should family members be separated, the signature of the family member suffices

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Data protection information (§ 67a para. 3 of Vol. X of the German social security code - SGB X): Our evaluation of the family insurance requires your cooperation in accordance with §§ 10 para. 6, 289 of Vol. V of the German social security code - SGB V. The data are to be collected for the determination of the insurance situation (§§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI).

Voluntary information concerning contact data are exclusively used for the purpose of asking any questions concerning your insurance situation.