

# Fragebogen für die Aufnahme Ihrer Angehörigen in die Familienversicherung

(Bitte nur zutreffendes ankreuzen, nicht durchstreichen!)

**1 Angaben zum hauptversicherten Mitglied, aus dem sich die Familienversicherung ableitet**

Name, Vorname des hauptversicherten Mitglieds \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ KV-Nummer \_\_\_\_\_

**Ich bin/Ich war bisher**

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse
- im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse
- nicht gesetzlich krankenversichert

**2 Familienstand des hauptversicherten Mitglieds**

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

**3 Ehegatte/-in des hauptversicherten Mitglieds ist versichert bei**

- der Audi BKK  bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse  privat versichert
- Kasse: \_\_\_\_\_

**Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung**

- Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  
(Kopie Geburtsurkunde beifügen) (Kopie Heiratsurkunde beifügen)
- Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft/Versicherung des Angehörigen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**4 Beginn der Familienversicherung \_\_\_\_\_**

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ oder per E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).

**5 Angaben zu den Familienangehörigen des hauptversicherten Mitglieds**

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	Ehegatte/-in	Kind	Kind	Kind
<b>Name</b> <small>(eintragen, falls vom Mitglied abweichend)</small>				
<b>Vorname</b>				
<b>Geschlecht</b> <small>(m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)</small>	<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
<b>Geburtsdatum</b>				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
<b>Verwandtschaftsverhältnis des ganz oben genannten Mitglieds zum Kind</b> <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	X	<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/in mit dem Kind verwandt?	X	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**⑥ Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen**

KVNR Mitglied	Ehegatte/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endet nicht, sondern besteht weiter bei?	..... (Name der Krankenkasse)	..... (Name der Krankenkasse)	..... (Name der Krankenkasse)	..... (Name der Krankenkasse)
Die bisherige Versicherung endet an welchem Datum?  bestand bei welcher Krankenkasse?	..... (Name der Krankenkasse)	..... (Name der Krankenkasse)	..... (Name der Krankenkasse)	..... (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
Im Falle einer Familienversicherung, Angabe der Person, aus deren Mitgliedschaft sich die Familienversicherung ableitete	..... (Name) ..... (Vorname)	..... (Name) ..... (Vorname)	..... (Name) ..... (Vorname)	..... (Name) ..... (Vorname)

**⑦ Sonstige Angaben**

	Ehegatte/-in	Kind	Kind	Kind
<b>Geringfügige Beschäftigung/Minijob</b> Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR
<b>Selbstständige Tätigkeit</b> Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten, Unterhaltszahlungen</b> (monatlicher Zahlbetrag) Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR
<b>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts oder aus dem Ausland</b> (z. B. Bruttoarbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) <b>Sonstige Einkünfte</b> (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR ..... (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR ..... (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR ..... (Art der Einkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... EUR ..... (Art der Einkünfte)
<b>⑧ Schulbesuch/Studium</b> (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	<del>.....</del>		vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
<b>⑨ Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst</b> (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	<del>.....</del>		vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige**

	Ehegatte/-in	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer				
Versichertennummer (KV-Nr.) von der bisherigen Krankenversicherungskarte				
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.

**⑩** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des hauptversicherten 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 (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): 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 zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.audibkk.de/datenschutz](http://www.audibkk.de/datenschutz).



## Ausfüllanleitung zum Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

- 1 Angaben zum hauptversicherten Mitglied**

Die Familienversicherung eines Angehörigen leitet sich stets aus der Versicherung des hauptversicherten Mitglieds ab (zum Beispiel Vater/Mutter oder Ehegatte/in). Deshalb sind immer der Name und das Geburtsdatum des **hauptversicherten Mitglieds** einzutragen.
- 2 Familienstand des hauptversicherten Mitglieds**

Hier ist der Familienstand des **hauptversicherten Mitglieds** anzugeben. Bitte beachten Sie, dass getrennt lebende Ehepartner bis zur Scheidung weiterhin als miteinander verheiratet gelten.
- 3 Ehegattenversicherung**

Soll ein Kind familienversichert werden **und** ist der Ehepartner des hauptversicherten Mitglieds bei einer privaten Krankenversicherung versichert, muss in der Regel das Gesamteinkommen geprüft werden. Hierzu fügen Sie bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids bei.
- 4 Beginn der Familienversicherung**

Für den Beginn der Familienversicherung ist stets ein konkretes Datum notwendig. Bitte tragen Sie in dieses Feld das Datum ein, zu dem die Familienversicherung beginnen soll. In der Regel ist dies der Tag nach dem Ende der vorigen Versicherung (Ende der Versicherung +1 Tag).
- 5 Angaben zu den Familienangehörigen**

Bitte in den Spalten Ehegatte/in und Kinder nur diejenigen Angehörigen eintragen, die **neu** in die Familienversicherung aufgenommen werden sollen.
- 6 Angaben zur letzten Versicherung**

Bitte in diesem Bereich für Ihre Angehörigen angeben, an welchem Datum die vorherige Versicherung endet **und** bei welcher Krankenkasse diese bestand. Bei Zuzug aus dem EU Ausland ist eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes erforderlich. Bei Zuzug aus dem nicht EU Ausland ist eine Aufenthaltserlaubnis/Visum, eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes sowie bei abweichendem Nachnamen des Ehegatten die Heiratsurkunde und bei Kindern die Geburtsurkunde erforderlich.
- 7 Sonstige Angaben**

Sollten Ihre Angehörigen ein eigenes Einkommen erzielen, geben Sie bitte unter dem entsprechenden Unterpunkt die Höhe des Einkommens an und belegen dies mit entsprechenden Nachweisen.
- 8 Schulbesuch/Studium**

Für Kinder ab 23 Jahren ist eine Schul- oder Studienbescheinigung von der Schule bzw. Hochschule/Universität erforderlich.
- 9 Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst**

Für Kinder, die Wehr- oder Zivildienst oder gesetzlich geregelte Freiwilligendienste geleistet haben, tragen Sie den Zeitraum ein und fügen bitte eine Bescheinigung bei.
- 10 Bitte unterschreiben Sie den Antrag, da wir diesen nur so anerkennen können**

Ihr Ansprechpartner in Ihrem Service-Center der Audi BKK hilft Ihnen auch gerne persönlich.