

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

Kasernenstraße 61

40213 Düsseldorf

Die Angaben sind erforderlich ab **01.01.2015**

bei Erstkunden ab Versicherungsbeginn

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Name Vorname
 Geburtsdatum Versichertennummer
 Telefon* Mobil-Telefon*
 E-Mail*

*Diese Angaben sind freiwillig

Familienstand

ledig
 verheiratet seit: _____
 getrennt lebend seit: _____
 geschieden seit: _____
 verwitwet seit: _____
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG seit: _____

Ich war bisher für den Zeitraum vom _____ bis _____

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei
 nicht gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert
 Mein Ehegatte ist selbst versichert nein ja, bei _____

Name und Sitz der Krankenkasse

Angaben sind nur erforderlich bei Aufnahme in die Familienversicherung

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

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 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 haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
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?	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Versicherung und zum Einkommen der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitangaben Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die ab dem 01.01.2015 bereits beendet worden sind. Bei Aufnahme in die Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn. <ul style="list-style-type: none"> o Name der Krankenkasse o Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung (2), nicht gesetzlich versichert (3) 	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung
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)
Der Ehegatte ist weiterhin selbst versichert bei: (Name der Krankenkasse, -versicherung)		_____	_____	_____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Schule/Hochschule/Fachhochschule				
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Bitte geben Sie nachfolgend auch die Tätigkeiten an, die ab dem 01.01.2015 bereits beendet worden sind. Bei Aufnahme der Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn. Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.				
Selbstständige Tätigkeit: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit o Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit 	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Bitte geben Sie nachfolgend auch die Beschäftigungen an, die ab dem 01.01.2015 bereits beendet wurden. Bei Aufnahme der Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn.				
Geringfügige Beschäftigung: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung o Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) Mehr als geringfügige Beschäftigung: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitraum der Beschäftigung o Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich) 	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Bezug von Arbeitslosengeld II	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Art der Einkünfte				
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Art der Einkünfte				

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.

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.

Die beiliegenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung oder Beendigung der Familienversicherung führen. 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 aok.de/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift