

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Vornamen und Name des Mitglieds
(laut Geburtsurkunde/Ausweis)

Anschrift

Versichertennummer

Allgemeine Angaben

> Anlass für die Aufnahme der/des Angehörigen in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des/der Angehörigen
 Sonstiges

> Familienstand des Mitglieds: ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden seit

verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner/in“ zu machen)

> Beginn der Familienversicherung

> Bei Rückfragen bitte die Telefonnummer nutzen (freiwillige Angabe).

> Bei Rückfragen bitte die E-Mail-Adresse nutzen (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 zum/zur Ehe-/Lebenspartner:in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für die Kinder durchgeführt werden soll und der/die Ehe-/Lebenspartner:in mit diesen Kindern verwandt ist.

In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des/der Ehe-/Lebenspartners/in und - sofern diese/r nicht gesetzlich versichert ist - zusätzlich Angaben zu seinem/ihrer Einkommen erforderlich; 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: Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Mit den Angaben ist sicherzustellen, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Name*/ggf. Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>*Bitte fügen Sie bei abweichenden Nachnamen eine Heirats- bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.</small>				
Vornamen <small>(laut Geburtsurkunde/Ausweis)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich u = unbestimmt, d = divers)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der/die Ehe-/Lebenspartner:in mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Eigene Rentenversicherungsnr. <small>(RV-Nr.)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer <small>(siehe elektronischen Gesundheitskarte)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (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
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)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung): Ist Ihr/e Ehe-/Lebenspartner:in nicht gesetzlich krankenversichert. (Bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)		xxx	xxx	xxx

Sonstige Angaben zur Familienversicherung				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Liegt eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit vor? (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich): (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung:	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Bürgergeld bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag): (Bitte Kopie der Bescheide beilegen.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen): (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen.)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium: (Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen.)	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst: (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

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

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: Zur rechtmäßigen Erfüllung unsere Aufgaben, ist das 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. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zum Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch uns und die Rechte der Kundin bzw. des Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung befinden sich auf unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

Informationen zur Familienversicherung

mkk

Um dir das Ausfüllen des Fragebogens zu erleichtern, findest du auf diesem Infoblatt alle Einzelheiten rund um die Familienversicherung.

Familienangehörige von Mitgliedern der mkk - meine Krankenkasse sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei mitversichert.

Als Familienangehörige gelten Ehe- bzw. eingetragene Lebenspartner, Kinder sowie Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied in den Haushalt aufgenommen hat oder es überwiegend unterhält, und Pflegekinder.

Familienangehörige

- müssen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben,
- dürfen nicht selbst in der Krankenversicherung versicherungspflichtig, nicht versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig sein **und**
- dürfen kein regelmäßiges Gesamteinkommen haben, das monatlich 505 Euro im Jahr 2024 übersteigt.

Für geringfügig Beschäftigte gilt eine Einkommensgrenze von 538 Euro monatlich. Bitte trage die Angaben deiner Ehe- bzw. Lebenspartnerin oder deines Ehe- bzw. Lebenspartners auch dann ein, wenn bei uns ausschließlich deine Kinder mitversichert sind. Ist die Partnerin bzw. der Partner nicht gesetzlich krankenversichert, füge bitte einen aktuellen Einkommensnachweis bei.



Kinder sind beitragsfrei mitversichert

- bis zum vollendeten 18. Lebensjahr **oder**
- bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind **oder**
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt befinden oder ein freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr absolvieren.

Die Altersgrenze des 25. Lebensjahres kann um die Zeit der Dienstpflicht, des freiwilligen Wehrdienstes, des Freiwilligendienstes oder um die Zeit als Entwicklungshelferin bzw. -helfer verlängert werden. Jedoch nur, wenn die Schul- oder Berufsausbildung dadurch unterbrochen oder verzögert wird.

Ohne Altersbeschränkung besteht die Familienversicherung fort, wenn ein Kind beeinträchtigt und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Die Beeinträchtigung muss jedoch schon zum Zeitpunkt der Familienversicherung vorgelegen haben.

Kinder sind nicht familienversichert, wenn

- die bzw. der mit den Kindern verwandte Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. -partner des Mitglieds nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist **und**
- ihr bzw. sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat den Grenzbetrag von 5.775 Euro für das Jahr 2024 übersteigt **und**
- das Einkommen regelmäßig höher als das des Mitgliedes ist.

Neugeborene können sowohl freiwillig bei der mkk oder in der privaten Krankenversicherung versichert werden.

Ehe- bzw. Lebenspartnerinnen oder -partner sind in den Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie während der Elternzeit nicht krankenversichert, wenn sie vor diesem Zeitraum nicht gesetzlich krankenversichert waren.