

Anlage zur Beitrittserklärung FÜR MEINE FAMILIENANGEHÖRIGEN

Titel, Name

Vorname

Allgemeine Angaben

Mein Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
(In diesem Fall machen Sie Ihre Angaben bitte unter „Ehepartner/-in“.)

Allgemeine Angaben zu meinen Familienangehörigen

Bitte machen Sie die Angaben nur für die Angehörigen, die bei uns familienversichert werden sollen. Wenn Sie nur Ihre Kinder mitversichern möchten, benötigen wir allerdings auch die Angaben zu Versicherung und Einkünften Ihres Ehe-/Lebenspartners bzw. Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin – sofern er bzw. sie nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist. Die Einkünfte müssen Sie durch Nachweise belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, hierbei unberücksichtigt lassen. Vielen Dank!

Eine gleichzeitige Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist selbst versichert: ☐ nein ☐ ja, bei _____

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen Mitglied und Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Unterlagen (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				
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
Geburtsname				
Geburtsort / Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ wird auch bei Adoptiv- kindern verwendet.)		<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/die Ehe-/Lebens- partner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungs- nummer des Angehörigen				

Angaben zum Versicherungsstatus meiner Familienangehörigen

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
Die Versicherung bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, über die meine Angehörigen familienversichert waren:				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse)				

Sonstige Angaben zu meinen Familienangehörigen

	Ehepartner/-in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte die vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids beilegen.)	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatlicher Zahlungsbetrag der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische oder sonstige Renten (Bitte Nachweise beilegen.)	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul- oder Studienbescheinigung beilegen.)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte eine Dienstzeitbescheinigung beilegen.)		vom bis	vom bis	vom bis

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Über Änderungen werde ich die VIACTIV Krankenkasse umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

X

Datum

X

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung meiner Angehörigen zur Weitergabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

X

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Wenn Sie getrennt leben, reicht Ihre Unterschrift oder die Ihres Angehörigen aus.

