

BEITRAGSFREIE FAMILIENVERSICHERUNG FÜR MEINE ANGEHÖRIGEN

Für die beitragsfreie Familienversicherung benötigen wir einige Informationen, die sich auf Ihr Kind/Ihre Kinder beziehen und ggf. auch auf Ihren Ehegatten. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN DES MITGLIEDS

Anlass/Beginn für die Aufnahme in die Familienversicherung ab

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

(bitte Datum eintragen)

Heirat

Angaben zum Familienstand des Mitglieds

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

A. ANGABEN ZU DEN ANGEHÖRIGEN, DIE SIE NEU BEI UNS FAMILIENVERSICHERN WOLLEN

ALLGEMEINE ANGABEN		EHEGATTE	KIND	KIND
1	Vorname			
2	Abweichender Familienname <i>Bitte Geburtsurkunde beifügen.</i>			
3	Geburtsdatum			
4	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
5	Das Kind ist mein ... <i>*die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</i>		<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
6	Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
7	Abweichende Straße Anschrift			
	PLZ, Ort			
8	Rentenversicherungs-Nr.			
<i>Zeilen 9–12 nur ausfüllen, falls Ihr Angehöriger noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.</i>				
9	Diese Angaben benötigen wir für Geburtsname			
10	benötigen wir für die Vergabe der Geburtsort			
11	lebenslangen, personengebundenen Geburtsland			
12	Krankenversichertennummer. Staatsangehörigkeit			
ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG		<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung
13	Wie war Ihr Angehöriger bisher krankenversichert?			
14	Bis wann? Datum			
15	Bei welcher Krankenkasse / Privatversicherung? Name Anschrift			
16	Wer war der Hauptversicherte? Name Geburtsdatum			
17	Hat sich Ihr Angehöriger von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen? ja		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18	Wann? Datum Bei welcher Krankenkasse? Name Anschrift			

Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

ANGABEN ZU EINKÜNFten		EHEGATTE	KIND	KIND
19	Selbstständige Tätigkeit <i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i>	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
20	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
21	Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
22	Sonstige Renten	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
23	Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom bis mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
24	„Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung bei Verlust des Arbeitsplatzes)“	Einmal-/ Sonderzahlung €	Einmal-/ Sonderzahlung €	Einmal-/ Sonderzahlung €
25	Mein Angehöriger hat Leistungsansprüche nach dem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG o.ä.)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
ANGABEN ZUR TÄGTKEIT – KIND(ER)				
26	Zurzeit ausgeübte Tätigkeit vom – bis		<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig <input checked="" type="checkbox"/> Schulbesuch	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig <input checked="" type="checkbox"/> Schulbesuch
	vom – bis		<input checked="" type="checkbox"/> Berufsausbildung <input checked="" type="checkbox"/> Studium	<input checked="" type="checkbox"/> Berufsausbildung <input checked="" type="checkbox"/> Studium
27	Studium an der Uni / Fachhochschule Name		Wichtig: Falls Schulbesuch/Berufsausbildung bei Kind ab 23 Jahren, aktuelle Bescheinigung beifügen. Bei Studium im Ausland Studienbescheinigung beifügen.	
28	Wehr- / Civil- / Freiwilligendienst geleistet vom – bis		Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen.	
ANGABEN ZUR TÄGTKEIT – EHEGATTE			Nur ausfüllen, falls Sie Ihren Ehegatten neu bei uns familienversichern wollen.	
29	Mein Ehegatte befindet sich in Mutterschutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
30	nimmt Elternzeit in Anspruch	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
31	voraussichtlich bis Datum	<input checked="" type="checkbox"/>		
32	Mein Ehegatte absolviert ein Studium	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
33	voraussichtlich bis Datum	<input checked="" type="checkbox"/>		
34	an folgender Uni / Fachhochschule Name			
35	mein Ehegatte ist verbeamtet	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
36	falls „ja“ es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Anspruch auf Krankheitsfürsorge in Anwendung der Beihilfenvorschriften	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
		Bitte Bescheinigung des Dienstherren beifügen.		
37	Mein Ehegatte übt eine selbstständige Tätigkeit aus	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
38	mit folgendem Zeitaufwand	<input checked="" type="checkbox"/> nein	Wochenstunden	
39	und beschäftigt Arbeitnehmer	<input checked="" type="checkbox"/> ja		

→ Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

B. ANGABEN ZUM EHEGATTE

UNBEDINGT AUSFÜLLEN, WENN SIE VERHEIRATET SIND, **ABER NUR DAS KIND/DIE KINDER BEI DER DAK-GESUNDHEIT FAMILIENVERSICHERT** SEIN SOLLEN.

1	Vorname / Geburtsdatum				
2	Abweichender Familienname				
3	Mein Ehegatte ist mit dem Kind bzw. den Kindern verwandt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls „nein“	keine weiteren Angaben zum Ehegatten
4	Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls „ja“	außer Zeile 5 keine weiteren Angaben zum Ehegatten
5	und zwar bei der Name				
6	Mein Ehegatte hat eigene Einkünfte falls „ja“: bitte auch Angaben zu Ihren Einkünften (Zeile 9)	<input type="checkbox"/> nein	(z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche und sonstige Renten, ausländische Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, Abfindungen, Einmal-/Sonderzahlungen wie z.B. Weihnachts- und Urlaubsgeld).		
7		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn)	Einmalzahlung	Sonderzahlung	€
8		€	€	€	€
9	Ich selbst habe folgende Einkünfte	Art der Einkünfte			
	Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (siehe oben).	mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn)	Einmalzahlung	Sonderzahlung	€
		€	€	€	€
	Bitte angeben, da uns nicht zwingend alle Einkünfte bekannt sind.				

zu Zeilen 7–9

Bitte Einkommensnachweis beifügen (z.B. aktuellen Einkommensteuerbescheid, aktuelle Gehaltsbescheinigung),
auch für Familienzuschläge (z.B. Verheirateten-/Kinderzuschläge).

C. UNTERSCHRIFT

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Das gilt insbesondere, wenn sich die Einkommensverhältnisse meiner Angehörigen ändern oder diese selbst Mitglied der DAK-Gesundheit oder einer anderen Krankenkasse werden.

Datum	Unterschrift	* 1)	* 2)
			
ggf. Unterschrift der /des Familienangehörigen			
Bei Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar (Angaben sind freiwillig)		Telefon	E-Mail

* 1) Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.
 * 2) Nur bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis nach Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679: 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 Kontaktdataen werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.