

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Senden Sie diesen Bogen bitte zurück an:
vividabkk, 78044 Villingen-Schwenningen

Datum: _____

1. Angaben des Mitgliedes Name, Vorname: _____

Versicherungs-Nr.: _____

| | |
|--|--|
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen) | |
| Mein Ehegatte/Lebenspartner ist selbst versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Name und Sitz der Krankenkasse) | |
| (wenn privat/nicht gesetzlich versichert, bitte Einkommensnachweis beifügen) | |
| Für Rückfragen (freiwillige Angaben): Telefon-Nr. _____ E-Mail-Adresse: _____ | |

2. Familienangehörige

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen/waren.

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, sind 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.

| | Ehegatte | Kind | Kind |
|---|--|---|---|
| Beginn der Familienversicherung (bei Neuaufnahmen) | | | |
| Grund (Heirat, Geburt, Beendigung der eigenen Versicherung, ...) | | | |
| Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen. | | | |
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, D = divers) | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> D |
| Geburtsdatum | | | |
| Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden. | _____ | <input type="checkbox"/> leibl. Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibl. Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Ist der Ehegatte/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.) | _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| Versicherung bei einer anderen Krankenkasse | vom | vom | vom |
| - Zeitangabe | bis | bis | bis |
| - Name der Krankenkasse | bei | bei | bei |
| - Art der Versicherung | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft |
| (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet sind. Die Angaben sind unbedingt erforderlich – bitte Versicherungszeitenbescheinigung beifügen) | <input type="checkbox"/> Familienversicherung | <input type="checkbox"/> Familienversicherung | <input type="checkbox"/> Familienversicherung |
| | <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, bitte Name und Vorname der Person angeben, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde. | Name Vorname | Name Vorname | Name Vorname |

Bitte die weiteren Angaben auf der Folgeseite ausfüllen.

Name, Vorname:

Versicherungs-Nr.:

| | Ehegatte | Kind | Kind |
|---------|----------|------|------|
| Vorname | | | |

3. Angaben zu Einkünften

| | | | |
|--|---|---|---|
| Selbstständige Tätigkeit Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.) | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: |
| Geringfügige Beschäftigung Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: |
| Mehr als geringfügige Beschäftigung Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Bruttoarbeitsentgelt (durchschnittlich monatlich) | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: EUR: |
| Wird/wurde Arbeitslosengeld II bezogen? | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: | <input type="checkbox"/> ja, vom: bis: |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (monatlich) | EUR: | EUR: | EUR: |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen,-abfindungen (monatlich) | EUR: | EUR: | EUR: |
| gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: |
| | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: |
| Sonstige regelmäßige Einkünfte (monatlich) (z. B. Veräußerungsgewinne, Unterhaltszahlungen, ...) | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: | vom: bis: EUR: Art der Einkünfte: |
| Schule/Studium (ab dem 23. Lebensjahr bitte zusätzlich Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen) | _____ | vom: bis: | vom: bis: |
| Wehr- oder Zivildienst, Bundesfreiwilligendienst, freiwilliger Dienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen) | _____ | vom: bis: | vom: bis: |

4. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Rentenversicherungsnummer | | | |
|---------------------------|--|--|--|

Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine RV-Nr. vergeben wurde

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| Geburtsname | | | |
| Geburtsort | | | |
| Geburtsland | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | |

Datenschutzhinweis (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 Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vividabkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/datenschutz

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 Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

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 Mitglieds oder des Familienangehörigen aus

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen