

**Feststellung der Familienversicherung**  
**hier: für Stief- und Enkelkinder**

Stief- und Enkelkinder sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenlos im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Wir möchten prüfen, ob die Voraussetzungen für diesen Anspruch (weiterhin) erfüllt sind. Bitte geben Sie uns dafür den beigefügten Vordruck ausgefüllt und unterschrieben zurück. Fügen Sie ggf. die notwendigen Bescheinigungen bei.

## Ergänzungsbogen zur Feststellung der Familienversicherung bei Stief- und Enkelkindern

Deutsche Post 

ANTWORT

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mitglied**

**Versichertennummer**

### 1. Angaben zum Stief- /Enkelkind

\_\_\_\_\_

Vor- und Zuname	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum
-----------------	---------------------	--------------

### 2. Angaben zur Ermittlung des überwiegenden Unterhalts

- a) Hat das unter 1. genannte Familienmitglied (Stief- bzw. Enkelkind) eigene Einkünfte?  ja  nein

Wenn ja, Höhe der monatlichen Nettoeinkünfte: \_\_\_\_\_ €

Art der Einkünfte: \_\_\_\_\_

(z. B. Arbeitsentgelt, Versorgungsbezüge, Renten, Kindesunterhalt, Einnahmen aus Miete, Pacht oder Kapitalvermögen etc. -

**Bitte Nachweise beifügen!**)

- b) Bitte geben Sie nachfolgend alle Angehörigen an, die mit dem Stief- /Enkelkind (siehe unter 1.) in der Familiengemeinschaft leben. Sofern diese eigene Einkünfte haben, sind die Nettoeinkünfte in der dafür vorgesehenen Spalte anzugeben.

Vor- und Zuname	Verwandtschaftsverhältnis	Höhe der monatlichen Nettoeinkünfte in € <b>(bitte Nachweise beifügen!)</b>	Art der Einkünfte (z. B. Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Renten, Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Miete, Pacht, Kapitalvermögen etc.)
<b>Mitglied</b> (sofern mit dem Stief- / Enkelkind in häuslicher Gemeinschaft lebend - sonst bitte Angaben unter Punkt c) vornehmen!)	_____		

c) **Bitte nur ausfüllen, sofern keine Familiengemeinschaft mit dem unter 1. genannten Familienmitglied besteht!**

Höhe der monatlichen Nettoeinkünfte (Mitglied) - \_\_\_\_\_ €  
**bitte Nachweis beifügen!**

Art der Einkünfte: \_\_\_\_\_

Höhe des Betrags, mit dem das unter 1. genannte Familienmitglied  
unterstützt wird: \_\_\_\_\_ €

- d) Erfolgt eine Unterstützung durch andere, nicht im Haushalt lebende  
Personen bzw. Institutionen (z. B. Unterstützung durch Sozialamt etc.)?  ja  nein

Wenn ja,

Unterstützung durch welche Person/Institution? \_\_\_\_\_

In welcher Höhe? - \_\_\_\_\_ €  
**bitte Nachweis beifügen!**

Art der Unterstützung: \_\_\_\_\_

**3. Angaben zur Ermittlung des überwiegenden Unterhalts unter Berücksichtigung von  
Haushaltsführung und Kinderbetreuung** (bitte immer ausfüllen!)

**Mitglied**  arbeitet voll  arbeitet halbtags  ist zu Hause

**Ehegatte/  
Lebenspartner \***  arbeitet voll  arbeitet halbtags  ist zu Hause

(bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen o. a. Familienangehöriger verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - SGB X): Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Familienangehörigen

\*) Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.