

# Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder

# KKH

## Allgemeine Angaben des Mitglieds

Nachname, Vorname (Mitglied) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Kind	Kind	Kind	Kind
Familienversicherung ab:	_____	_____	_____	_____
Name	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Verhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind

## Angaben zur Haushaltsaufnahme

	Kind	Kind	Kind	Kind
Mein Stief-/Enkelkind lebt im Rahmen einer auf längere Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft in meinem Haushalt:	<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
Mein Stief-/Enkelkind wird von mir versorgt und betreut:	<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

## Zusatzangaben bei eigenem Haushalt des Stief-/Enkelkinds am Ausbildungs-/Studienort



	Kind	Kind	Kind	Kind
Eine Einbindung in die häusliche Gemeinschaft liegt weiterhin vor:	<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

## Angaben zur Gewährung des überwiegenden Unterhalts (nur erforderlich bei fehlender Haushaltsaufnahme)

	Kind	Kind	Kind	Kind
Ich leiste regelmäßig Unterhalt in Form von Geld-/Sachleistungen:	<input type="checkbox"/> ja monatl. _____ €	<input type="checkbox"/> ja monatl. _____ €	<input type="checkbox"/> ja monatl. _____ €	<input type="checkbox"/> ja monatl. _____ €
(Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise – z. B. Kontoauszüge – bei.)	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

## Bestätigung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, sofern sich Änderungen hinsichtlich der Haushaltsaufnahme bzw. Unterhaltsgewährung ergeben.

Ort, Datum	 Unterschrift des Mitglieds	 ggf. Unterschrift des 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 (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.