

Beitragsfreie Familienversicherung für mein Kind/meine Kinder

Für die beitragsfreie DAK-Familienversicherung benötigen wir einige Informationen, die sich auf das Kind/die Kinder beziehen und ggf. auch auf Ihren Ehegatten.

Unsere erste Frage deshalb: Sind Sie verheiratet? ja nein

Bitte füllen Sie das Formular wie folgt aus:

Abschnitt A: Vollständig ausfüllen für Kinder, die Sie neu oder weiterhin bei uns familienversichern möchten.
Nur Zeilen 1 bis 4 ausfüllen für Kinder, die nicht bei der DAK familienversichert sein sollen.

Abschnitt B: Vollständig ausfüllen, wenn Sie verheiratet sind aber Ihr Ehegatte nicht über Sie familienversichert ist.

Abschnitt C: Ihre Unterschrift. Bitte immer ausfüllen.

A Angaben zum Kind/zu den Kindern		
Allgemeine Angaben	Kind	Kind
1 Vorname		
2 Abweichender Familienname <i>bitte Geburtsurkunde beifügen</i>		
3 Geburtsdatum		
4 Das Kind soll bei mir beitragsfrei familienversichert sein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>falls „nein“: nur noch Unterschrift in Abschnitt C</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>falls „nein“: nur noch Unterschrift in Abschnitt C</i>
5 Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
6 Das Kind ist mein...	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
7 <i>falls Pflegekind:</i> Es lebt mit mir...	in häuslicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in häuslicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8 Abweichende Anschrift		
	Straße	
	PLZ / Ort	
9 Rentenversicherungs-Nr.		
<i>Zeilen 10 - 13 nur ausfüllen, falls das Kind noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.</i>		
10 <i>Diese Angaben benötigen wir für die Vergabe der lebenslangen, personengebundenen Krankenversicherungsnummer.</i>	Geburtsname	
11	Geburtsort	
12	Geburtsland	
13	Staatsangehörigkeit	
Angaben zur Vorversicherung		
14 Wie war das Kind bisher krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> eigene Versicherung
15 bis wann?	Datum	
16 bei welcher Krankenkasse/ Privatversicherung?	Name Anschrift	
17 wer war der Hauptversicherte?	Name Geburtsdatum	
Angaben zur Tätigkeit		
<i>Wichtig: Falls Schulbesuch bei Kind ab 23 Jahren, aktuelle Schulbescheinigung beifügen!</i>		
18 Zurzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> keine
19 voraussichtlich bis	Datum	
20 Studium an der Uni/Fachhochschule	Name Anschrift	
<i>Wichtig: Bei Studium im Ausland, Studienbescheinigung beifügen!</i>		
21 Wehr-/Zivildienst geleistet	<i>Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen!</i>	
<i>immer angeben, auch wenn beendet</i>	vom - bis	
Fortsetzung der Angaben zu Kind/Kindern auf der Rückseite		
bitte wenden ▶▶▶		

Angaben zu Einkünften des Kindes/der Kinder		zu Zeile 22-29: Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche und sonstige Renten, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, Abfindungen, Einmal-/Sonderzahlungen wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld).	
22	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
23	vom - bis	_____ - _____	_____ - _____
24	monatl. Bruttoeinkünfte	_____ €	_____ €
25	Andere regelmäßige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
26	vom - bis	_____ - _____	_____ - _____
27	monatl. Bruttoeinkünfte	_____ €	_____ €
28	Einmal-/Sonderzahlung	_____ € / _____ €	_____ € / _____ €
29	Art der Einkünfte		
30	Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
31	vom - bis	_____ - _____	_____ - _____
32	Es besteht Leistungsanspruch nach einem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
33	Es wurde ein Versorgungs-Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
34	Renten-Antrag wurde gestellt am	_____ <input type="checkbox"/> nein	_____ <input type="checkbox"/> nein
35	beim Rentenversicherungsträger	Name _____	
		Anschrift _____	

B Angaben zum Ehegatten		unbedingt ausfüllen, wenn Sie verheiratet sind, aber nur das Kind/die Kinder DAK-familienversichert sein sollen. Die Angaben werden zur Anspruchsprüfung zwingend benötigt (§ 10 Abs. 3 SGB V).	
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 _____	
		Anschrift _____	
6	Mein Ehegatte hat eigene Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche und sonstige Renten, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, Abfindungen, Einmal-/Sonderzahlungen wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld).	
7	falls „ja“: bitte auch Angaben zu Ihren Einkünften (Zeilen 10-11)	monatl. Bruttoeinkünfte	_____ €
8		Einmal-/Sonderzahlung	_____ € / _____ €
9		Art der Einkünfte	
10	Ich selbst habe folgende Einkünfte	Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (siehe oben)	
		monatl. Bruttoeinkünfte	_____ €
11		Einmal-/Sonderzahlung	_____ € / _____ € Bitte angeben, da uns nicht zwingend alle Einkünfte bekannt sind.
12	zu Zeilen 7-9	Bitte Einkommensnachweis beifügen (z. B. aktuellen Einkommensteuerbescheid, aktuelle Gehaltsbescheinigung). Bitte ebenfalls Nachweis beifügen, falls Familienzuschläge bezogen werden (z. B. Verheirateten-/Kinderzuschläge).	

C Unterschrift		Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift der/des berechtigten Familienangehörigen.	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Zustimmung der infrage kommenden Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen zu diesen Angaben werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich die Einkommensverhältnisse der infrage kommenden Familienangehörigen ändern oder familienversicherte Angehörige selbst Mitglied der DAK oder einer anderen Krankenkasse werden.			
Unterschrift des Mitglieds	Unterschrift der/des Familienangehörigen	Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar (Angabe ist freiwillig)	
am _____	am _____	Vorwahl _____	
		Rufnummer _____	

- Haben Sie an alle Unterlagen gedacht? Hier eine Checkliste. Zusammen mit dem unterschriebenen Bogen benötigen wir ggf:
- Geburtsurkunde(n) bei abweichendem Familiennamen
 - Einkommensnachweise zu B7- B9
 - aktuelle Schulbescheinigung bei Schülern über 23 Jahre
 - Studienbescheinigung bei Studium im Ausland
 - Dienstzeitbescheinigung für Wehr-/Zivildienst

Datenschutz-Hinweis § 67 a Abs. 3 SGB X
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.