

Cuestionario para inclusión en el seguro familiar

(Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

Stand 07/2016

Nombre del afiliado *Vorname des Mitglieds*

Apellido del afiliado *Name des Mitglieds*

Número de seguro médico *KV-Nummer*

1. Datos generales del afiliado *Allgemeine Angaben des Mitglieds*

Hasta ahora estuve *Ich war bisher*

en el marco de un seguro propio *im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft*

en el marco de un seguro familiar *im Rahmen einer Familienversicherung*

➤ asegurado con
versichert bei

Nombre de la aseguradora *Name der Krankenkasse*

no asegurado públicamente *nicht gesetzlich krankenversichert*

Estado civil *Familienstand*

soltero/a *ledig*

casado/a *verheiratet*

separado/a *getrennt lebend*

divorciado/a *geschieden*

viudo/a *verwitwet*

Pareja registrada en el marco de la ley alemana sobre uniones civiles entre personas del mismo sexo – LpartG (aquí se ingresan los datos bajo la rúbrica "pareja") *Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)*

Razón por la inclusión en el seguro familiar *Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung*

Inicio de mi afiliación *Beginn meiner Mitgliedschaft*

Terminación de afiliación propia del familiar *Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen*

Casamiento (Adjuntar certificado de boda) *Heirat (Bitte Heiratsurkunde beifügen.)*

Nacimiento de hijo/a (Adjuntar partida de nacimiento) *Geburt des Kindes (Bitte Geburtsurkunde beifügen.)*

Otro *Sonstiges*

Inicio del seguro familiar

Beginn der Familienversicherung

En caso de dudas me pueden localizar bajo el número telefónico

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen

(información voluntaria)

(freiwillige Angabe)

Mi correo electrónico es

Meine E-Mail-Adresse lautet

(información voluntaria)

(freiwillige Angabe)

2. Datos de familiares *Angaben zu Familienangehörigen*

Los siguientes datos son requeridos únicamente para aquellos familiares que quieran ser incluidos en el seguro familiar. **Aparte de esto necesitamos los datos individuales de su cónyuge/pareja también en caso de que únicamente se lleve a cabo la inclusión de los hijos/as en el seguro familiar.** En dado caso requerimos aparte de los datos generales también los datos sobre el seguro de su cónyuge/pareja y los datos de sus ingresos – siempre que el cónyuge/pareja no esté asegurado por ley y emparentado con los hijos/as; los ingresos deben de ser obligatoriamente demostrados por medio de justificantes de ingresos y suplementos, los cuales son pagados en consideración al estado civil, no deben de ser considerados como parte de los datos de ingresos. *Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/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 Ehepartner/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/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, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.*

Por favor tenga en cuenta que una tramitación de seguro familiar con diferentes agencias de seguros médicos es legalmente inadmisibile. Asegúrese, a través de la facilitación de sus datos, de que una doble tramitación de seguro médico queda descartada.

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.

3. Datos generales de familiares *Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen*

	Cónyuge (Ehepartner)	Hija 1 (Kind 1)	Hija 2 (Kind 2)	Hija 3 (Kind 3)
Apellido* <i>Name*</i>				
Nombre <i>Vorname</i>				
Sexo <i>Geschlecht</i> (m=masculino <i>männlich</i> , f=femenino <i>weiblich</i> , x=indeterminado <i>unbestimmt</i>)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x
Fecha de nacimiento <i>Geburtsdatum</i>				
En caso de diferir de dirección del afiliado <i>ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift</i>				
Relación familiar del afiliado con el menor. Por favor adjunte el certificado de nacimiento o de ascendencia para el menor a asegurar. <i>Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind. Bitte fügen Sie eine Geburtsurkunde/einen Abstammungsnachweis für das zu versichernde Kind bei.</i>	----	<input type="checkbox"/> Hijo/a natural** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> Hijastro/a <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> Sobrino/a <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> Hijo/a acogido/a <i>Pflegekind</i>	<input type="checkbox"/> Hijo/a natural** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> Hijastro/a <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> Sobrino/a <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> Hijo/a acogido/a <i>Pflegekind</i>	<input type="checkbox"/> Hijo/a natural** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> Hijastro/a <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> Sobrino/a <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> Hijo/a acogido/a <i>Pflegekind</i>
¿Está el cónyuge relacionado con el hijo/a? (Por favor sólo marcar en caso de falta de relación de parentesco) <i>Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</i>	----	<input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>

* Por favor adjunte el certificado de matrimonio y/o certificado de ascendencia, en caso de que su cónyuge/pareja y/o hijos/as tengan otro apellido y aún no contemos con esa información. *Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehepartner/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.*

** El término „hijo/a natural“ también puede ser empleado en caso de adopción. *Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden*

4. Datos sobre el último o aún vigente seguro del familiar

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Cónyuge (Ehepartner)	Hija 1 (Kind 1)	Hija 2 (Kind 2)	Hija 3 (Kind 3)
El seguro precedente <i>Die bisherige Versicherung</i> <ul style="list-style-type: none"> terminó el: <i>endete am:</i> existe con: (nombre de aseguradora) <i>bestand bei: (Name der Krankenkasse)</i> 				
Tipo del seguro precedente: <i>Art der bisherigen Versicherung:</i>	<input type="checkbox"/> Seguro familiar <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> Afiliación <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> No obligatorio <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Seguro familiar <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> Afiliación <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> No obligatorio <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Seguro familiar <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> Afiliación <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> No obligatorio <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Seguro familiar <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> Afiliación <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> No obligatorio <i>nicht gesetzlich</i>
En los últimos 18 meses no he tenido seguro médico en Alemania. <i>Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> No <i>Nein</i>
En caso de que anteriormente existiera un seguro familiar, nombre y apellido de la persona bajo la cual persistía la afiliación del seguro familiar <i>Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde</i>	Nombre <i>Vorname</i> Apellido <i>Name</i>	Nombre <i>Vorname</i> Apellido <i>Name</i>	Nombre <i>Vorname</i> Apellido <i>Name</i>	Nombre <i>Vorname</i> Apellido <i>Name</i>
El seguro precedente existe aún con: (Nombre de la aseguradora) <i>Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)</i>				

5. Otros datos sobre el familiar

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Cónyuge (Ehepartner)	Hijo/a 1 (Kind 1)	Hijo/a 2 (Kind 2)	Hijo/a 3 (Kind 3)
5.1	¿Recibe subsidio de desempleo II? <i>Wird Arbeitslosengeld II bezogen?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i>
5.2	Escolaridad/estudio (Por favor adjuntar en caso de hijos a partir de 23 años certificado de escolaridad o estudio) <i>Schulbesuch/ Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</i>	---- del <i>vom</i> _____ hasta <i>bis</i> _____	del <i>vom</i> _____ hasta <i>bis</i> _____	del <i>vom</i> _____ hasta <i>bis</i> _____
5.3	Servicio militar o voluntariado establecido por la ley (Adjuntar certificado de permanencia) <i>Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</i>	---- del <i>vom</i> _____ hasta <i>bis</i> _____	del <i>vom</i> _____ hasta <i>bis</i> _____	del <i>vom</i> _____ hasta <i>bis</i> _____
	Ocupación independiente persiste <i>Selbstständige Tätigkeit liegt vor</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Ja</i>
5.4	Ganancias de ocupación independiente (mensual) – Por favor adjuntar aviso de impuestos actual. <i>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) – Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.5	Ingresos bruto de actividad profesional menor (mensual). <i>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich); Bitte entsprechende Nachweise beifügen.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.6	Pensión pública, pensiones, pensión de empresa, pensión extranjera, otras pensiones (monto mensual). Por favor adjuntar comprobantes correspondientes <i>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte entsprechende Nachweise beifügen</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.7	Otros ingresos mensuales regulares en el marco de la ley de impuestos sobre la renta de personas físicas (por ejemplo: remuneración de más de una actividad profesional menor, ingresos por arrendamiento/alquiler, rentas de capital, ingresos de agri- y silvicultura) <i>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft)</i>	_____ EUR (Tipo de ingreso) <i>(Art der Einkünfte)</i>	_____ EUR (Tipo de ingreso) <i>(Art der Einkünfte)</i>	_____ EUR (Tipo de ingreso) <i>(Art der Einkünfte)</i>

6. Datos sobre la adjudicación de un número de seguro médico para familiar

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Cónyuge (Ehepartner)	Hijo/a 1 (Kind 1)	Hijo/a 2 (Kind 2)	Hijo/a 3 (Kind 3)
Número de seguro de pensiones propio <i>Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)</i>				
Los siguientes datos sólo se requieren en caso de que no cuente con número de seguro de pensiones. <i>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</i>				
Nombre de nacimiento <i>Geburtsname</i>				
Lugar de nacimiento <i>Geburtsort</i>				
País de nacimiento <i>Geburtsland</i>				
Nacionalidad <i>Staatsangehörigkeit</i>				

Confirmando que los datos mencionados son correctos. En caso de cambios les informaré inmediatamente. Especialmente si cambian ingresos de mis familiares, entre otros (por ejemplo nuevo certificado de ingresos por ocupación independiente) o si este miembro se afilia a una/otra agencia de seguros.

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 Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Lugar, fecha *Ort, Datum*

Firma del afiliado *Unterschrift des Mitglieds*

en dado caso firma del familiar
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Con la firma declaro que tengo el consentimiento de los familiares para la proporción de sus datos. *Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.*

En caso de que los familiares vivan separados, basta con la firma del familiar.
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Aviso de seguridad (§ 67a párrafo 3 SGB X): Para que podamos evaluar un seguro familiar, es necesaria su participación acorde al §§ 10 párrafo 6, 289 SGB V necesario. Los datos son necesarios para la determinación de la relación de seguros (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Divulgaciones voluntarias con respecto a datos de contacto son empleadas únicamente en caso de preguntas sobre su relación de seguro.

Seguro familiar

Indicaciones para rellenar el cuestionario para la revisión del seguro familiar

Estado Octubre 2015

Los datos que ya tenemos, los hemos impreso de una vez. En caso de ya no ser datos actuales, por favor indique en los fragmentos correspondientes los nuevos datos.

1. Datos generales sobre el afiliado:

En este fragmento del formulario es indispensable que coloque el estado civil actual.

2. Datos sobre los familiares

Particularidades sobre los datos para cónyuges

Los datos relacionados a su cónyuge son requeridos en caso de no estar asegurado en el plan familiar. En este caso requerimos indispensablemente la información sobre la afiliación de su pareja (como por ejemplo asegurado en: nombre de la agencia de seguros, o si está asegurado de forma estatal o privada). Si su pareja se encuentra asegurada por ley, no requerimos los datos sobre sus ingresos. Si su pareja se encuentra asegurado/a de forma privada, requerimos los datos de ingresos tanto de usted como de su pareja. El ingreso debe ser comprobado a través de la documentación correspondiente (en caso de ocupación independiente por medio del último justificante de ingresos válido, el último cálculo salarial/nómina, el certificado actual sobre prestaciones de la agencia federal de trabajo). Si su pareja no tiene ningún parentesco con los hijos/as asegurados, no se requieren datos de su persona. Especifique en este caso que no existe ningún parentesco con los hijos/as.

3. Datos generales sobre los familiares

3.1 Seguros con otras agencias aseguradoras

Si su(s) hijo/a(s) o cónyuge a asegurar estaba asegurado por otra agencia durante el período en cuestión (ver datos especificados), se debe especificar en la casilla el período, nombre de la agencia de seguros y el tipo de seguro.

3.2 Escolaridad/Estudio

En el caso de hijo/as(s) a partir de 23 años necesitamos un comprobante de escolaridad o de estudios. El comprobante de escolaridad es proporcionado por la escuela, normalmente expedido por la secretaria de la misma. Comprobantes de estudio lo reciben los estudiantes al inicio de cada semestre, la cual le pedimos nos haga llegar siempre que cuente con un nuevo comprobante.

3.3 Servicio militar o voluntariado establecido por la ley

Si el menor hizo servicio militar o un voluntariado establecido por la ley, especifique en la casilla correspondiente el período en el que se llevó a cabo y adjunte una copia del certificado de permanencia (en caso de no haber sido proporcionado anteriormente).

4. Datos sobre los ingresos de los familiares

4.1 Subsidio de desempleo II

Si su familiar recibe subsidio de desempleo II, por favor marque la casilla y adjunte la notificación del centro de trabajo.

4.2 Ocupación independiente persiste

Si su hijo/a o su cónyuge ejercen una ocupación independiente, marque por favor la casilla correspondiente. Especifique también los datos sobre los ingresos y adjunte por favor la actual notificación de impuestos. En caso de haber otros puntos a aclarar, nos pondremos en contacto con usted.

4.3 Actividad profesional menor

Bajo una actividad profesional menor se refiere a un denominado mini-empleo. Si no está seguro si el tipo de ocupación de su familiar es un mini-empleo, pregunte al empleador o mande una copia del cálculo salarial/nómina. Por favor tenga en cuenta que en este caso no se debe anotar ninguna ocupación independiente. Para ello utilice la sección 4.2.

4.4 Más que una actividad profesional menor

Si se lleva/llevó a cabo una ocupación, cual retribución es mayor a una actividad profesional menor (vea indicación bajo actividad profesional menor), entonces anote los datos aquí y adjunte el justificante de ingresos, como por ejemplo el cálculo salarial o nómina.

4.5 Pensiones

Por favor especifique si los hijos/as a asegurar o su cónyuge recibe ingresos de pensiones (por ejemplo: pensión de superviviente, pensiones de seguridad básica). Por favor adjunte en dado caso copias como por ejemplo la notificación de pensiones. En caso de obtener pensiones de aseguradoras extranjeras, también requerimos los datos y comprobantes.

4.6 Otros ingresos regulares en el marco de la ley de impuestos sobre la renta de personas físicas:

Si sus hijos/as o cónyuge, asegurados a nivel familiar, cuentan con otro tipo de ingresos (por ejemplo: ingresos por arrendamiento/alquiler, rentas de capital, ingresos de agri- y silvicultura), por favor anote estos en las casillas correspondientes. Adjunte también copias de comprobantes, como del actual justificante de ingresos. Si los ingresos no son recibidos regularmente, tache la casilla y no ingrese ninguna información.

Firmas

Por favor no olvide confirmar la autenticidad de sus datos por medio de su firma