

# Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

## 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Vorname:

Name:

Ich war bisher	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	versichert bei	Name und Sitz der Krankenkasse	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> geschieden <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> verwitwet	seit:	<input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehefrau/Ehemann“ zu machen)	seit:
Mein/e Ehefrau/Ehemann ist selbst versichert	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei	Name und Sitz der Krankenkasse		
Bei Fragen bin ich über	Telefonnummer / E-Mail-Adresse		zu erreichen (freiwillige Angabe).	

## 2. Familienangehörige

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus, wenn Ihre Angehörigen bei uns versichert werden sollen. Ansonsten schicken Sie den Vordruck einfach nur unterschrieben zurück. **Die Angaben für Ihre Ehefrau oder Ihren Ehemann benötigen wir auch dann, wenn ausschließlich Ihre Kinder bei uns familienversichert werden sollen.** Zuschläge, die mit Rücksicht auf Ihren Familienstand gezahlt werden, lassen Sie bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt. Nur wenn Ihre Ehefrau oder ihr Ehemann selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist, benötigen wir keine Angaben zum Einkommen.

	Ehefrau/Ehemann	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
gegebenenfalls abweichende Anschrift				
Familienversicherung wird gewünscht ab				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stiefkind, Pflegekind, Enkel	_____			
Verwandt mit der/dem Ehefrau/Ehemann?	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Selbständige Tätigkeit liegt 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
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	_____ € Art der Einkünfte: _____	_____ € Art der Einkünfte: _____	_____ € Art der Einkünfte: _____	_____ € Art der Einkünfte: _____
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

## 3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer			
<b>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>			
Geburtsname			
Geburtsort/Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

**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 oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der 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 (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch -SGB X-): Damit wir unsere Aufgaben 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 KLVG 1989) zu erheben.

<sup>1</sup> Sollten Ihnen aufgrund der Trennung keine Angaben zum (früheren) Ehepartner/Ehepartnerin möglich sein, bitten wir um kurze Mitteilung. Angaben in der Spalte „Ehefrau/Ehemann“ sind grundsätzlich für die Zeit bis zur Scheidung erforderlich.

## Merkblatt für Familienversicherte

Stand: Januar 2011

### Welche Familienangehörige sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei mitversichert?

- Kinder; auch Stiefkinder, Enkel und Pflegekinder (bei Enkeln und Stiefkindern gelten besondere Voraussetzungen)
- Ehepartner; Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sind gleichgestellt. Im Sinne der besseren Lesbarkeit sprechen wir im folgenden Text „nur“ von Ehepartnern.

### Welche Voraussetzungen sind von den Familienangehörigen zu erfüllen?

- Sie halten sich gewöhnlich in Deutschland auf
- Sie sind nicht selbst Mitglied einer Kranken- und Pflegekasse
- Sie sind mit Ausnahme von geringfügigen Beschäftigungen nicht versicherungsfrei (beispielsweise als Beamte)
- Sie sind nicht von der Versicherungspflicht befreit
- Sie sind nicht hauptberuflich selbständig tätig
- Sie haben ein regelmäßiges Gesamteinkommen von maximal 365,00 € monatlich. Für geringfügig Beschäftigte (Minijob) beträgt die Grenze 400,00 € (vom Finanzamt anerkannte Werbungskosten, Sparerfreibeträge und Beträge für Kindererziehungszeiten bei Renten dürfen abgezogen werden)

### Welche Altersgrenzen gibt es?

Kinder eines Mitgliedes sind grundsätzlich höchstens bis zum 18. Lebensjahr familienversichert. Sie können auch darüber hinaus versichert bleiben und zwar bis zum

- **vollendeten 23. Lebensjahr**, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- **vollendeten 25. Lebensjahr**, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales beziehungsweise ökologisches Jahr absolvieren

Die Altersgrenze des 25. Lebensjahres verlängert sich um die Zeit des geleisteten und gesetzlich vorgeschriebenen Wehr- oder Zivildienstes, wenn die Schul- oder Berufsausbildung dadurch unterbrochen oder verzögert wird.

Die Familienversicherung bleibt ohne Altersbeschränkung bestehen, wenn ein Kind behindert und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Hier muss die Behinderung jedoch schon zum Zeitpunkt der Familienversicherung vorgelegen haben.

**Wichtig:** Für die Familienversicherung von Kindern ab 23 Jahren benötigen wir entsprechende Nachweise (zum Beispiel Schul- oder Studienbescheinigungen).

### Was ist sonst noch zu beachten?

Ist ein Ehepartner nicht gesetzlich und der andere bei unserer BKK für Heilberufe versichert, so können Kinder nur unter folgenden Voraussetzungen familienversichert werden:

- Der **nicht** gesetzlich versicherte Ehepartner ist nicht mit dem zu versichernden Kind verwandt oder
- hat ein Gesamteinkommen unter 4.125,00 € monatlich (49.500,00 € jährlich) oder
- hat ein geringeres Gesamteinkommen, als das Mitglied der BKK für Heilberufe.

Als Nachweis genügt eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides. Werden nur Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit erzielt, reicht die Kopie einer aktuellen Gehaltsabrechnung.

Wenn die Nachnamen vom Familienangehörigen nicht mit dem Namen des Mitglieds identisch sind (Ausnahme: Doppelnamen), benötigen wir eine Heiratsurkunde beziehungsweise bei Kindern die Geburtsurkunde.

Ehepartner sind innerhalb der Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie während der Elternzeit nicht krankenversichert, wenn sie vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

Veränderungen, wie zum Beispiel die Beschäftigungsaufnahme eines Familienangehörigen, Austritt von einem Ehepartner aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Scheidung müssen uns mitgeteilt werden.

### Wichtig für die Vergabe einer Krankenversichertennummer

Alle Krankenkassen sind verpflichtet, Krankenversichertennummern nach einheitlichen Standards zu vergeben. Dazu sind die Angaben im Fragebogen für **alle** zu versichernden Angehörigen erforderlich – selbst für Neugeborene.