

INFORMATIONEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG



Um Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens zu erleichtern, möchten wir Sie mit diesem Merkblatt mit den wichtigsten Einzelheiten der Familienversicherung vertraut machen.

Familienangehörige (Ehegatten, Kinder) von Mitgliedern der BKK·VBU sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei mitversichert. Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält sowie Pflegekinder.

Der Ehegatte und/oder die Kinder

- müssen ihren **Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland** haben,
- dürfen **nicht selbst** in der Krankenversicherung **versicherungspflichtig, nicht versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig** sein und
- dürfen kein Gesamteinkommen haben, das monatlich 425 Euro in 2017 übersteigt

Für geringfügig Beschäftigte gilt eine Einkommensgrenze von 450 Euro monatlich. Bitte tragen Sie die Angaben für Ihren Ehepartner **immer** ein, auch dann, wenn bei uns ausschließlich Ihre Kinder mitversichert sind. Ist Ihr Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte einen aktuellen Einkommensnachweis bei.

Kinder sind beitragsfrei mitversichert:

- bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
oder
- bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind
oder
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt befinden oder ein freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr absolvieren.

Kinder sind nicht familienversichert, wenn:

- der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist
und
- sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat einen bestimmten Grenzbetrag (im Jahr 2017 = 4.800 Euro) übersteigt
und
- das Einkommen regelmäßig höher als das des Mitgliedes ist.

Darüber hinaus wird die Altersgrenze des 25. Lebensjahres um die Zeit des geleisteten Wehr-, Zivil- oder Freiwilligen Dienstes verlängert, wenn die Schul- oder Berufsausbildung dadurch unterbrochen oder verzögert wird.

Ohne Altersbeschränkung besteht die Familienversicherung fort, wenn ein Kind behindert und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Hier muss die Behinderung jedoch schon zum Zeitpunkt der Familienversicherung vorgelegen haben.

Bei Neugeborenen besteht alternativ zur privaten Versicherung auch die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung bei der BKK·VBU.

Ehegatten sind in den Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie während der Elternzeit nicht krankenversichert, wenn sie vor diesem Zeitraum nicht gesetzlich krankenversichert waren.

meine-krankenkasse.de

über 40 ServiceCenter bundesweit | kostenloses 24-h-ServiceCenter 0800 165 66 16 | facebook.com/bkk.vbu

ANTRAG AUF FAMILIENVERSICHERUNG

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

ANLASS FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG

- Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen
 sonstiges _____

FOLGENDE FAMILIENANGEHÖRIGE SOLLEN AB _____ VERSICHERT WERDEN BEI:

Name, Vorname des Hauptversicherten _____

- ledig
 verheiratet
 eingetr. Lebenspartnerschaft (gleichgeschl.) nach dem LpartG. (Angaben in der Spalte Ehepartner erforderlich)
 geschieden seit _____
 verwitwet

Anschrift _____ geboren am _____

Ich bin unter der Telefonnummer _____ E-Mail _____ zu erreichen. (freiwillige Angabe)

Versichertennummer _____ Rentenversicherungsnummer _____

Diese finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte.

Bitte die Angaben für Ihren Ehepartner immer eintragen, auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

Mein Ehepartner ist mit folgenden Kindern nicht verwandt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	EHEPARTNER	KIND	KIND	KIND
Name*/ggf. Geburtsname				
*Bitte fügen Sie eine Heiratsurkunde bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihr Kind einen anderen Namen hat und Sie diese Unterlagen nicht bereits vorlegen.				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> nicht bekannt
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied <small>*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</small>	xxx	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Versichertennummer <small>Diese finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte.</small>				
Rentenversicherungs-nr. <small>Falls vorhanden</small>				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
Eigene Krankenversicherung <small>*Ist Ihr Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte außerdem einen aktuellen Einkommensnachweis bei.</small>	vom _____ bis _____ bei _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat*	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
Arbeitsverhältnis	<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
Geringfügige Beschäftigung	<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
Selbstständige Tätigkeit	<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
Erwerbslos	<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
Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt <small>Bitte hier nur das Einkommen des Angehörigen angeben.</small>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Einkommensart <small>z. B. Arbeitsentgelt, Abfindung, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente aus gesetzlicher Rentenversicherung, sonstige Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Unterhaltszahlungen</small>		Bitte Belege beifügen!		
Schulbesuch, Studium <small>Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen.</small>	xxx	bis _____	bis _____	bis _____
Wehr- oder Zivildienst <small>Bitte Dienstzeitbescheinigung in Kopie beifügen.</small>	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Alle Angaben sind vollständig und zutreffend. Über künftige Änderungen werde ich die BKK-VBU umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o. g. Familienangehörigen ändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

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. Alle Angaben sind aber dennoch erforderlich.