

BKK24
 Familienversicherung
 Sülbecker Brand 1
 31683 Obernkirchen



Familienangehörige kostenlos mitversichern

Antrag auf Feststellung der Familienversicherung bei Ihrer BKK24

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab: _____

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name: _____ **Vorname:** _____ **KV-Nr.:** _____

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges: _____

Familienstand:

- A** ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 eingetragene Lebenspartnerschaft (Angaben bitte unter der Rubrik „Ehegatte“)
B rechtskräftig geschieden seit _____
 verwitwet seit _____

Versicherung des Ehegatten:

- C** Mein Ehegatte ist selbst versichert und zwar gesetzlich bei _____ nicht gesetzlich bei _____
D Familienversichert bei der BKK24

Ihre Kontaktdaten:

E Ich bin tagsüber zu erreichen unter der Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

2. Angaben zu den Familienangehörigen

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie daher mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

		Ehegatte	Kind	Kind	Kind
F	Krankenversicherten-Nr.				
G	Name				
H	Vorname				
I	Geburtsdatum				
J	Geschlecht	<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
K	Vom Mitglied abweichende Anschrift	Straße PLZ Ort	Straße PLZ Ort	Straße PLZ Ort	Straße PLZ Ort
L	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in: _____
Angaben zum Kind					
M	Leibliches Kind des Mitgliedes?	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern: _____
N	Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
O	Schulbesuch/Studium	XXXXXXXXXXXX	von-bis _____	von-bis _____	von-bis _____
P	Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst	XXXXXXXXXXXX	von-bis _____	von-bis _____	von-bis _____

Seite 2 zum Antrag auf Feststellung der Familienversicherung
Name: _____ **Vorname:** _____ **KV-Nr.:** _____

	Berufliche Situation	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Q	Erwerbslosigkeit (ohne Einkommen)	<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 <input type="checkbox"/> ja
	ALG II-Bezug?	<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 <input type="checkbox"/> ja
R	Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____
	S Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto _____ von-bis _____
T	Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn _____ von-bis _____
Sonstige Einkünfte					
U	Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto _____ von-bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto _____ von-bis _____
	Krankenversicherung				
V	Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei:	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
W	Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
X	Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft diese abgeleitet wurde	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
		Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____
Angaben zur Vergabe der Krankenversicherungsnummer					
Y	Rentenversicherungs-Nr.				

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid) oder einer dieser Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden. Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

Datum, Ort
Unterschrift des Mitgliedes, ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis (§ 67a 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 KVLG 1989) zu erheben. Die Angaben der Telefonnummer bzw. E-Mail Adresse sind freiwillig.

Ausfüllhilfe zum Fragebogen zur Familienversicherung Im Folgenden finden Sie Informationen und Erläuterungen zum Ausfüllen des Fragebogens.	
A	Auch bei getrennt lebenden Ehegatten sind die Angaben zum Partner unter der Rubrik „Ehegatte“ erforderlich. Bei einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach § 1 LpartG nehmen Sie bitte die Angaben zum Lebenspartner unter der Rubrik „Ehegatte“ vor.
B	Sind Sie geschieden, tragen Sie bitte den Tag der Scheidung (Rechtskraftvermerk laut Scheidungsurteil) ein. Sind Sie verwitwet, tragen Sie bitte hier den Todestag des Ehegatten ein. Bitte ergänzen Sie bis zu diesem Datum die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“.
C	<p>Ist Ihr Ehegatte nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse oder privat versichert, benötigen wir von Ihrem Ehegatten folgende Einkommensnachweise:</p> <p>a) selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit: Kopie des aktuellsten Einkommensteuerbescheides</p> <p>b) Beschäftigung als Arbeitnehmer oder Beamter: Kopie der Gehalts- bzw. Bezügeabrechnung für Dezember des jeweiligen Prüfungsjahres, Lohnsteuerbescheinigung oder den aktuellsten Einkommensteuerbescheid.</p> <p>Für Ihre Kinder ist die kostenlose Familienversicherung grundsätzlich möglich, wenn die Einnahmen Ihres Ehegatten unter der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen oder Sie als Mitglied im Monat mehr Einnahmen erzielen als Ihr Ehegatte.</p> <p>Jahresarbeitsentgeltgrenze 2018: 59.400,00 € (4.950,00 € mtl.)</p>
E	Die Angaben der Telefonnummer bzw. zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. Sie ermöglichen uns damit, wichtige Fragen direkt und unbürokratisch mit Ihnen zu klären.
G	Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen tragen und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.
K/L	Ein Angehöriger lebt nicht in Ihrem Haushalt oder im Ausland? Dann geben Sie uns bitte den jeweiligen Wohnort an.
M	Bitte geben Sie hier bei nicht leiblichen Kindern das Verwandtschaftsverhältnis an, in dem das Kind zu Ihnen steht (z. B. Enkel-, Stief-, Pflegekind).
O	Bei Kindern ab 23 Jahren , die sich in der Schulausbildung befinden oder ein Studium ausüben, fügen Sie bitte eine Kopie der Schul- oder Studienbescheinigung bei.
P	Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, wenn Ihr Kind Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst geleistet hat.
Q	Ist Ihr Angehöriger erwerbslos und ohne Einkommen oder bezieht Arbeitslosengeld II? Dann teilen Sie uns dies im Fragebogen mit und fügen Sie eine Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides vom Jobcenter ein.
R	Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Bruttoarbeitsentgelt nicht mehr als 450,00 € beträgt. Sollte einer Ihrer Angehörigen eine geringfügige Beschäftigung ausüben, so tragen Sie hier bitte das Bruttoarbeitsentgelt sowie den Zeitraum ein. Werden mehrere geringfügige Beschäftigungen ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Übersenden Sie uns bitte zusätzlich die aktuellen Gehaltsabrechnungen in Kopie.
S	Einer Ihrer Angehörigen übt ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aus? Dann tragen Sie hier bitte das Bruttoarbeitsentgelt sowie den Zeitraum ein. Werden mehrere versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor.
T	Einer Ihrer Angehörigen übt eine selbstständige Tätigkeit aus? Dann tragen Sie hier bitte die Summe des Gewinns sowie den Zeitraum ein und fügen eine Kopie des aktuellsten vorliegenden Einkommensteuerbescheides bei. Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Ihre Angehörigen können jeden Monat insgesamt 435,00 € (2018) erzielen.
U	Bezieht einer Ihrer Angehörigen sonstige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Rente, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), tragen Sie hier bitte das Bruttoeinkommen sowie die Art des Einkommens ein und fügen den aktuellsten vorliegenden Einkommensteuerbescheid in Kopie bei. Bei Renten und Versorgungsbezügen (Betriebsrenten) ist der Zahlbetrag anzugeben und eine Kopie des aktuellsten Bescheides beizufügen. Werden mehrere der genannten Einkünfte bezogen, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Ihre Angehörigen können jeden Monat insgesamt 435,00 € (2018) erzielen.