

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA RODZINNEGO



Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej

Adres

Nr ubezpieczenia

DANE OGÓLNE

➤ Powód zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia rodzinnego:

- początek członkostwa osoby ubezpieczonej
 narodziny dziecka
 zawarcie związku małżeńskiego
 koniec poprzedniego członka rodziny
 inne

➤ Stan cywilny osoby ubezpieczonej: kawaler/panna
 żonaty/zamężna
 żyjący w separacji
 rozwiedziony/-a od
 wdowiec/wdowa
 związek partnerski w myśl niemieckiej Ustawy o zarejestrowanych związkach partnerskich (LPartG) (proszę dokonać odpowiednich wpisów w rubryce „małżonek”)

➤ Początek ubezpieczenia rodzinnego

➤ W razie pytań proszę dzwonić pod nr telefonu: (informacja nieobowiązkowa).

➤ W razie pytań proszę wysłać informację na adres e-mailowy: (informacja nieobowiązkowa).

DANE DOTYCZĄCE CZŁONKÓW RODZINY

Poniższe informacje wymagane są zasadniczo tylko w odniesieniu do członków rodziny, którzy mają zostać zgłoszeni do ubezpieczenia rodzinnego. W niektórych przypadkach konieczne jest jednak podanie informacji dotyczących małżonka/-ki, nawet jeśli zgłoszone do ubezpieczenia rodzinnego mają być wyłącznie dzieci.

W przypadku spokrewnionych z dzieckiem małżonków posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne konieczne jest oprócz informacji ogólnych podanie informacji o ubezpieczeniu i wysokości dochodów. Wysokość dochodów należy przy tym koniecznie potwierdzić zaświadczeniami o dochodach, a dodatki wypłacane ze względu na stan cywilny należy przy podawaniu informacji o dochodach pominąć.

Uwaga: jednoczesne zgłoszenie do ubezpieczenia rodzinnego w różnych kasach chorych jest niedopuszczalne. Z przekazanych informacji musi zatem wynikać, iż podwójne ubezpieczenie rodzinne nie ma miejsca.

DANE OGÓLNE DOTYCZĄCE CZŁONKÓW RODZINY

	MAŁŻONEK/-KA	DZIECKO	DZIECKO	DZIECKO
Nazwisko*/ewent. nazwisko rodowe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Proszę załączyć kopię aktu zawarcia związku małżeńskiego lub dokumentu stwierdzającego pochodzenie w przypadkach, gdy małżonek/-ka/partner życiowy względnie dzieci mają inne nazwisko, a dokumenty to potwierdzające nie zostały jeszcze przedłożone..				
Imię	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> nieokreślona	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> nieokreślona	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> nieokreślona	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> nieokreślona
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ewent. adres inny niż osoby ubezpieczonej	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stosunek pokrewieństwa, łączący osobę ubezpieczoną i dziecko (*proszę stosować określenie „dziecko biologiczne” także w przypadku adopcji)	xxx	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w rodzinie zastępczej	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w rodzinie zastępczej	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w rodzinie zastępczej
Czy małżonek/-ka jest spokrewniony/-a z dzieckiem? (proszę zakreślić tylko w przypadku braku stosunku pokrewieństwa)	xxx	<input type="checkbox"/> (nie)	<input type="checkbox"/> (nie)	<input type="checkbox"/> (nie)
Numer ubezpieczenia emerytalnego osoby ubezpieczonej (RV-Nr.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr ubezpieczenia (widoczny na elektronicznej karcie zdrowia)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE DOTYCZĄCE OSTATNIEGO DOTYCHCZASOWEGO LUB NADAL POSIADANEGO UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY

	MAŁŻONEK/-KA	DZIECKO	DZIECKO	DZIECKO
Ubezpieczenie dotychczasowe - koniec ubezpieczenia w dniu: - w towarzystwie ubezpieczeniowym (nazwa kasy chorych)	 	 	 	
Rodzaj dotychczasowego ubezpieczenia::	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne
Jeśli istniało ubezpieczenie rodzinne proszę podać nazwisko i imię osoby, której ubezpieczenie było podstawą do zawarcia ubezpieczenia rodzinnego:	(imię) (nazwisko)	(imię) (nazwisko)	(imię) (nazwisko)	(imię) (nazwisko)
Dotychczasowe ubezpieczenie istnieje nadal w kasie chorych: (nazwa kasy chorych/ubezpieczenia zdrowotnego) W przypadku prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego małżonka/-ki proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej.		xxx	xxx	xxx

DANE DODATKOWE DOTYCZĄCE CZŁONKÓW RODZINY

	MAŁŻONEK/-KA	DZIECKO	DZIECKO	DZIECKO
Własna działalność gospodarcza: proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zysk z własnej działalności gospodarczej (miesięcznie): proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Dochód brutto za pracę w wymiarze ograniczonym miesięcznie (Minijob):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Czy pobierany jest zasiłek z tytułu Arbeitslosengeld II?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Emerytura państwowa, uposażenie emerytalne, emerytura zakładowa, emerytura zagraniczna, inne (wypłacana miesięcznie kwota): proszę załączyć kopie aktualnych decyzji	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Inne regularne dochody miesięczne w myśl Ustawy o podatku dochodowym (np. dochód brutto za pracę w nieograniczonym wymiarze pracy, przychody z wynajmu i dzierżawy, przychody z majątku kapitałowego): proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej	_____ € (rodzaj dochodów)	_____ € (rodzaj dochodów)	_____ € (rodzaj dochodów)	_____ € (rodzaj dochodów)
Uczęszczanie do szkoły/na studia: w przypadku dzieci powyżej 23-go roku życia proszę załączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły, na studia lub inne zaświadczenie o kształceniu	xxx	od _____ do _____	od _____ do _____	od _____ do _____
Służba wojskowa lub zastępca: proszę przedłożyć kopię zaświadczenia o czasie trwania służby	xxx	od _____ do _____	od _____ do _____	od _____ do _____

Potwierdzam prawidłowość danych. O zmianach poinformuję niezwłocznie. Dotyczy to w szczególności zmian w wysokości moich dochodów lub dochodów członków mojej rodziny (np. nowa decyzja podatkowa w odniesieniu do własnej działalności gospodarczej) lub zmiany kasy chorych przez członków mojej rodziny.

X		
Miejscowość, data	Podpis osoby ubezpieczonej	Ewent. podpis członka rodziny

Niniejszym oświadczam, iż otrzymałem/-am zgodę członków rodziny na przekazanie koniecznych informacji.

W przypadku żyjących oddzielnie członków rodziny wystarcza podpis członka rodziny.

Informacja o ochronie danych osobowych: Informacja o ochronie danych osobowych: Aby móc wypełnić nasze obowiązki zgodnie z prawem, wymagane jest uczestnictwo zgodnie z §§ 10 Abs 6, 289 SGB V. Dane mają być gromadzone w celu ustalenia stosunku ubezpieczenia (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Szczegóły danych kontaktowych (adres e-mail i numer telefonu) są dobrowolne i będą wykorzystywane wyłącznie w celu wyjaśnienia relacji ubezpieczeniowej. Dalsze informacje na temat przetwarzania danych osobowych przez nas oraz Państwa praw wynikających z ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych są dostępne na naszej stronie internetowej <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU RODZINNYM



W celu ułatwienia wypełnienia formularza stworzyliśmy poniższą instrukcję, zawierającą szczegółowe informacje dotyczące ubezpieczenia rodzinnego. Prosimy o zapoznanie się z nią.

Członkowie rodziny (małżonkowie, dzieci) osób ubezpieczonych w BKK·VBU są pod pewnymi warunkami bezpłatnie ubezpieczeni w ramach danego ubezpieczenia. Jako dzieci uznawani są również pasierbowie i wnukowie, pozostający na utrzymaniu głównego ubezpieczonego, oraz dzieci w rodzinach zastępczych.

Małżonek/-ka i/lub dzieci

- › muszą mieć **miejsce zamieszkania lub stałego pobytu w Niemczech**,
- › nie mogą **sami podlegać obowiązkowi ubezpieczenia** w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, nie mogą **nie podlegać obowiązkowi ubezpieczenia**, być **zwolnieni z obowiązku ubezpieczenia lub prowadzić własnej działalności gospodarczej jako głównego rodzaju działalności zawodowej** oraz
- › ich łączne dochody w roku 2019 nie mogą przekraczać kwoty 445 euro miesięcznie.

W przypadku osób zatrudnionych w ograniczonym wymiarze pracy obowiązuje granica dochodu w wysokości 450 euro miesięcznie. Proszę **zawsze** podawać dane dotyczące małżonka/-ki, nawet jeśli zgłoszone do ubezpieczenia rodzinnego mają być wyłącznie dzieci. W przypadku prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego małżonka/-ki proszę załączyć aktualne zaświadczenie o dochodach.

Ubezpieczone dzieci są zwolnione z płacenia składek:

- › do ukończenia 18 roku życia
lub
- › do ukończenia 23 roku życia, jeśli nie są czynne zawodowo
lub
- › do ukończenia 25 roku życia, jeśli są w trakcie nauki szkolnej lub nauki zawodu i nie otrzymują wynagrodzenia lub jeśli odbywają roczny wolontariat społeczny lub ekologiczny.

Granica wieku 25 lat ulega przedłużeniu o okres odbywanej służby wojskowej, służby zastępczej lub wolontariatu, jeśli tym samym następuje przerwanie lub przedłużenie nauki szkolnej lub nauki zawodu.

Ubezpieczenie rodzinne podlega kontynuacji bez ograniczeń wiekowych, jeśli dziecko jest upośledzone lub niepełnosprawne i nie jest w stanie samo się utrzymywać. W tym wypadku upośledzenie lub niepełnosprawność musiało mieć miejsce już w momencie zawierania ubezpieczenia rodzinnego.

Dzieci nie są objęte ubezpieczeniem rodzinnym, jeśli:

- › spokrewniony z dziećmi małżonek osoby ubezpieczonej nie jest członkiem państwowej kasy chorych
i
- › jego łączny dochód regularnie przekracza określoną kwotę miesięcznie (w roku 2019 = 5.062,50 euro)
i
- › jest on wyższy niż dochód osoby ubezpieczonej.

W przypadku niemowląt istnieje możliwość dobrowolnego ubezpieczenia w kasie BKK·VBU jako alternatywa dla ubezpieczenia prywatnego.

W okresach ochronnych przed i po porodzie oraz w trakcie trwania urlopu wychowawczego małżonkowie nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, jeśli przed tym okresem nie byli ubezpieczeni w państwowej kasie chorych.

meine-krankenkasse.de

FRAGEBOGEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG



Vorname Name des Mitglieds

Anschrift

Versichertennummer

ALLGEMEINE ANGABEN

➤ Anlass für die Aufnahme der/des Angehörigen in die Familienversicherung:

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

➤ Familienstand des Mitglieds: ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden seit
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

➤ Beginn der Familienversicherung

➤ Bei Rückfragen bitte die Telefonnummer nutzen (freiwillige Angabe).

➤ Bei Rückfragen bitte die E-Mail-Adresse nutzen (freiwillige Angabe).

ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir **einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung Ihrer Kinder durchgeführt werden soll.**

Bei privatversicherten Ehegatten, welche mit dem Kind verwandt sind, sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung und zum 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.

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.

ALLGEMEINE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN				
	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Name*/ggf. Geburtsname				
*Bitte fügen Sie eine Heiratsurkunde bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <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"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	xxx	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)
Eigene Rentenversicherungsnr. (RV-Nr.)				
Versichertennummer <small>(Diese finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte)</small>				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Straatsangehörigkeit				

ANGABEN ZUR LETZTEN BISHERIGEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
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
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung): Ist Ihr Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei		xxx	xxx	xxx

SONSTIGE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Selbstständige Tätigkeit liegt vor: Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beiliegen	<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
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag): Bitte Kopie der Bescheide beiliegen.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beiliegen	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/ Studium: Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst: Bitte Dienstzeitbescheinigung in Kopie beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

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.



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: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 9 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 9 Abs. 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>

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 445 Euro in 2019 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 (für 2019 = 5.062,50 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-Service-Telefon 0800 1656616 | facebook.com/bkk.vbu