

AİLE SİGORTASINA KAYIT İÇİN SORU FORMU



Üyenin adı soyadı

Adresi

Sigorta numarası

GENEL BİLGİLER

Aile mensuplarının aile sigortasına kayıt olma nedeni:

- Üyeliliğimin başlaması Çocuk doğumu Evlilik
 Aile mensubunun önceki üyeliliğinin sona ermesi Diğer

Üyenin medeni durumu: bekar evli ayrı yaşıyor boşanmış: tarihi
 dul Hayat arkadaşlığı yasanına (LpartG) göre resmi hayat arkadaşlığı (bu durumda bilgiler "Eş" sütununda belirtilmelidir)

Aile sigortasının başlangıcı

Bir sorunuz olması durumunda lütfen telefon numarasını kullanın (isteğe bağlı bilgi).

Bir sorunuz olması durumunda lütfen e-posta adresini kullanın (isteğe bağlı bilgi).

AİLE MENSUPLARIYLA İLGİLİ BİLGİLER

Aşağıdaki bilgiler esas itibarıyla sadece kurumumuzda aile sigortası yapılacak olan aile mensupları için gereklidir. Bunun yanısıra kurumumuzda sadece çocuklarınızın aile sigortası yapılacak olsa dahi eşinize/hayat arkadaşınıza ait bazı bilgiler gerekli olacaktır.

Çocukla akrabalığı bulunan ve özel sağlık sigortası yaptırmış eşlerde genel bilgilere ek olarak sigorta ve gelir bilgileri de gereklidir. Mevcut gelirlerin mutlaka ilgili gelir belgeleri ile kanıtlanması gerekli olup medeni duruma bağlı olarak yapılan ek ödemeler gelire ilişkin bilgiler verilirken gözardı bırakılır.

Farklı sigorta kurumlarına eş zamanlı olarak aile sigortası yaptırmaya yasalar gereği izin verilmediğine lütfen dikkat ediniz. Bu nedenle vermiş olduğunuz bilgiler ile birden fazla aile sigortasının yapılmadığını temin ediniz.

AİLE MENSUPLARIYLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

	EŞ	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK
Soyadı* / varsa Kızlık soyadı				
*Eşinizin/hayat arkadaşınızın ya da çocuklarınızın soyadı değişikse ve evlilik cüzdanınızın veya doğum belgesinin bir örneğini daha önce sunmadıysanız lütfen bunları ekleyin.				
Adı				
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> erkek <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> belirsiz	<input type="checkbox"/> erkek <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> belirsiz	<input type="checkbox"/> erkek <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> belirsiz	<input type="checkbox"/> erkek <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> belirsiz
Doğum tarihi				
şayet varsa üyeninkinden farklı olan adresi				
Üyenin çocukla akrabalık ilişkisi (* evlat edinme durumunda da „öz evlat“ tanımı kullanılmaktadır.)	xxx	<input type="checkbox"/> Öz evlat* <input type="checkbox"/> Üvey evlat <input type="checkbox"/> Torun <input type="checkbox"/> Bakılan çocuk	<input type="checkbox"/> Öz evlat* <input type="checkbox"/> Üvey evlat <input type="checkbox"/> Torun <input type="checkbox"/> Bakılan çocuk	<input type="checkbox"/> Öz evlat* <input type="checkbox"/> Üvey evlat <input type="checkbox"/> Torun <input type="checkbox"/> Bakılan çocuk
Eş, çocukla akraba mı? (Lütfen sadece akrabalık ilişkisi yoksa işaretleyin)	xxx	<input type="checkbox"/> (hayır)	<input type="checkbox"/> (hayır)	<input type="checkbox"/> (hayır)
Emeklilik sigortası numaranız (RV-Nr)				
Sigorta numarası (bu numarayı elektronik sağlık sigortası kartında bulabilirsiniz)				
Doğuş soyadı				
Doğum yeri				
Doğduğu ülke				
Uyruğu				

ÅILE ÜYELERİNİN ŞU ANA KADARKİ EN SON VEYA HALEN DEVAM EDEN SİGORTASIYLA İLGİLİ BİLGİLER

	EŞ	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK
Şu ana kadarki sigortanın - sona erdiği tarih: - mevcut olduğu kurum				
Şu ana kadarki sigortanın türü:	<input type="checkbox"/> Üyelik <input type="checkbox"/> Aile sigortası <input type="checkbox"/> yasal değil	<input type="checkbox"/> Üyelik <input type="checkbox"/> Aile sigortası <input type="checkbox"/> yasal değil	<input type="checkbox"/> Üyelik <input type="checkbox"/> Aile sigortası <input type="checkbox"/> yasal değil	<input type="checkbox"/> Üyelik <input type="checkbox"/> Aile sigortası <input type="checkbox"/> yasal değil
En son bir aile sigortası varsa aile sigortası üyeliğini kazandıran kişinin soyadı ve adı:	(Adı) (Soyadı)	(Adı) (Soyadı)	(Adı) (Soyadı)	(Adı) (Soyadı)
Şu ana kadarki sigorta şu kurum- da devam ediyor: (Sağlık sigortası kurumunun/şirketinin adı): Eşiniz yasal olarak hastalık sigortası yaptırmış değilse lütfen güncel gelir vergisi bildirimimin bir kopyasını ekleyin. (Sağlık sigortası kurumunun adı)		xxx	xxx	xxx

ÅILE ÜYELERİYLE İLGİLİ BAŞKA BİLGİLER

	EŞ	ÇOCUK	ÇOCUK	ÇOCUK
Serbest çalışma mevcut: Lütfen güncel gelir vergisi bildirimimin bir kopyasını ekleyin	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Serbest çalışma kazancı (aylık): Lütfen güncel gelir vergisi bildi- riminin bir kopyasını ekleyin:	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
part-time çalışmadan elde edilen brüt iş geliri (aylık):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
İşsizlik parası II alınıyor mu?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Yasal emeklilik, vergi imtiyazlı emeklilik maaşı, şirket emeklilik aylığı, yurtdışı emeklilik, diğer emeklilikler (aylık ödeme tutarı): Lütfen bildirimlerin kopyasını ekleyin	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Gelir vergisi kanunu çerçe- vesinde diğer düzenli aylık gelirler (örn. part-time'dan fazla çalışarak elde edilen brüt iş ücreti, kiradan ve arazi kiralamadan elde edilen gelirler, sermaye varlıklarından elde edilen gelirler): Lütfen güncel gelirvergisini bildiri- minin bir kopyasını ekleyin	_____ € (Gelir Türü)	_____ € (Gelir Türü)	_____ € (Gelir Türü)	_____ € (Gelir Türü)
Eğitim / Yükseköğrenim: 23 yaşını geçen çocuklar için lütfen eğitim, yükseköğrenim veya başka öğrenim belgesini ekleyin	xxx	baş. tar. _____ bit. tar. _____	baş. tar. _____ bit. tar. _____	baş. tar. _____ bit. tar. _____
Askerlik hizmeti veya sivil hizmet: Lütfen hizmet süresi belgesinin kopyasını ekleyin	xxx	baş. tar. _____ bit. tar. _____	baş. tar. _____ bit. tar. _____	baş. tar. _____ bit. tar. _____

Bilgilerin doğruluğunu teyit ederim. Değişiklikleri, özellikle yukarıda belirtilen aile üyelerinin geliri değiştiğinde (örneğin serbest çalışmada yeni gelir vergisi bildirimini) veya bunlar bir (başka) sağlık sigortası şirketinin bir üyesi olduklarında, size derhal bildireceğim.

<input type="checkbox"/>			
Yer, Tarih	Üyenin imzası	gerekirse aile üyelerinin imzası	
İmzam ile aile üyelerinin gerekli verilerin verilmesine dair rızalarını almış olduğumu beyan ederim.		Aile üyelerinin ayrı yaşaması durumunda aile üyelerinden birinin imzası yeterlidir.	

Veri koruma bildirimim: Görevlerimizi yasal olarak yerine getirebilmemiz için, § 10 Abs. 6, 289 SGB V uyarınca katılımınız gerekmektedir. Veriler sigorta ilişkisini belirlemek için toplanmalıdır (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). İletişim ayrıntılarının ayrıntıları (e-posta ve telefon numarası) gönüllüdür ve yalnızca sigorta ilişkinizle ilgili sorgular için kullanılacaktır. Kişisel verilerinizin bizim tarafımızdan işlenmesi ve AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği kapsamındaki haklarınız hakkında daha fazla bilgi ana sayfamızda mevcuttur. <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

AİLE SİGORTASIYLA İLGİLİ BİLGİLER



Soru formunun doldurulmasını kolaylaştırmak için bu bilgilendirme sayfasıyla aile sigortasının en önemli ayrıntılarını size bildirmek istiyoruz.

BKK·VBU üyelerinin aile mensupları (eşler, çocuklar) belirli koşullar altında ücretsiz olarak sigorta kapsamına dahil olurlar. Evlat edinilmiş çocukların yanı sıra bakımlarını ağırlıklı olarak üyenin sağladığı üvey çocuklar ve torunlar da çocuk olarak kabul edilirler.

Eş ve/veya çocukların:

- › ikamet adresi ya da olağan ikamet yeri Almanya içerisinde olmalıdır,
- › kendileri için sağlık sigortası kapsamında sigorta mecburiyeti, sigortasız olma hakkı, sigorta zorunluluğundan muaf tutulma gibi durumlar bulunmamalı ve de tam zamanlı serbest çalışan olmamalıdır
- › 2020'deki toplam gelirleri aylık 455 Avro`yu geçmemelidir.

Part-time çalışanlar için gelir sınırı aylık 450 Avro`dur. Lütfen eşinizin bilgilerini her zaman, kurumumuzda yalnız çocuklarınızı sigortalı olsa dahi yazın. Eşiniz yasal sağlık sigortası kapsamına dahil değilse lütfen güncel bir gelir belgesini ekleyin.

Çocukların ücretsiz sigortalı oldukları durumlar:

- › 18 yaşını dolduruncaya kadar
veya
- › çalışan değilse 23 yaşını dolduruncaya kada
veya
- › çalışma ücreti almadan okul ya da meslek eğitimine devam ediyorlarsa veya bir yıllık gönüllü sosyal yahut ekolojik hizmet yapıyorlarsa 25 yaşını dolduruncaya kadar.

Çocukların aile sigortasına dahil olmadıkları durumlar

- › çocuklarla akraba olan üyenin eşi bir yasal sağlık sigortasının üyesi değilse
ve
- › aylık toplam geliri düzenli olarak belirli bir sınır tutarı (2020 yılı için = 5.212,50 Avro) geçiyorsa
ve
- › söz konusu gelir, üyenin gelirinden düzenli olarak daha yüksekse.

Bunun yanı sıra askerlik hizmeti, sivil hizmet veya gönüllü hizmet nedeniyle okul veya meslek eğitiminin kesintiye uğraması ya da gecikmesi durumunda 25 yaş sınırı bu hizmetlerin yerine getirildiği süre oranında uzamaktadır:

Çocuk engelliye veya kendi bakımını kendisi yapamayacak durumdaysa yaş sınırlaması olmaksızın aile sigortası devam eder. Ancak burada aile sigortası hakkının oluştuğu tarihte söz konusu engellilik halihazırda mevcut olmalıdır.

Yeni doğmuş bebekler için özel sigortaya alternatif olarak BKK·VBU'da isteğe bağlı sigorta yaptırmak da mümkündür.

Eşler, şayet daha önceden sağlık sigortası yaptırmamışlarsa, doğum öncesi ve sonrasındaki koruma dönemleri ile ebeveyn süreleri içerisinde sağlık sigortasına sahip değildir.

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 oder freiberufliche Tätigkeit liegt vor: Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen	<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 beilegen.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
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 beilegen	_____ € (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 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 9 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 in den Haushalt aufgenommen hat oder es 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 455 Euro in 2020 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 2020 = 5.212,50 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 45 ServiceCenter bundesweit | kostenloses 24-h-Service-Telefon 0800 1656616 | facebook.com/bkk.vbu