

Name, Vorname des Mitglieds

KV-Nr.:

## Fragebogen zur Aufnahme in die Familienversicherung

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

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)	
	Telefonisch tagsüber erreichbar (Angabe freiwillig)
	E-Mail (Angabe freiwillig)
Beginn der Familienversicherung ab: _____	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft (Angaben bitte unter Ehegatte und Kopie der Urkunde beifügen)	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes (bitte Geburtsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

### Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen 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 für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem 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* * Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
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				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind: (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	XXX	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist das Stief- oder Enkelkind auf Dauer in die häusliche Gemeinschaft eingebunden?	XXX	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	XXX	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse) o Krankenversicherungsnummer:	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
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)		XXX	XXX	XXX

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige 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
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
Wird Bürgergeld 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 Rente (monatlicher Zahlbetrag)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	€  (Art der Einkünfte)	€  (Art der Einkünfte)	€  (Art der Einkünfte)	€  (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	XXX	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	XXX	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
<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 (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder in einer (anderen) Krankenkasse werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Mitglieds)

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) \_\_\_\_\_  
(ggf. Unterschrift des Familienangehörigen)

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

**Datenschutzhinweis:**  
Die Angaben sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft erforderlich (§§ 10, 284, 289 SGB V, §§ 25, 94, 100 SGB XI). Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite [www.bahn-bkk.de/datenschutz](http://www.bahn-bkk.de/datenschutz). Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.



## Wichtige Informationen zur Familienversicherung

### Allgemeine Information

Die Familienversicherung gewährt für den Ehegatten/Lebenspartner und die Kinder eines Mitglieds in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den näheren Voraussetzungen (§ 10 SGB V siehe weitere Punkte) einen eigenständigen Versicherungsschutz. Die Familienversicherung ist für alle berechtigten Angehörigen beitragsfrei.

Als eigenständige Versicherung ist die Familienversicherung hinsichtlich ihrer Dauer **immer** mit der „Stammversicherung“ des Mitglieds gekoppelt. **Die Familienversicherung beginnt, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind; sie endet, wenn eine der Voraussetzungen entfällt.**

### Personenkreis

Die Familienversicherung erfasst den Ehegatten, den eingeschriebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder eines Mitglieds.

- **Ehegatte**

Ehegatte ist die mit dem Mitglied durch das familienrechtliche Merkmal der Ehe verbundene Person. Ob und wie lange eine gültige Ehe besteht, richtet sich nach dem deutschen Familien- und Personenstandsrecht. Der Verlobte und Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft ist kein Ehegatte und diesem auch nicht gleichgestellt. Als Ehegatte gilt nicht mehr, wenn die Rechtskraft eines Scheidungsurteils eingetreten ist. Das Getrenntleben lässt den Bestand einer Ehe unberührt und einer Familienversicherung steht dieser Tatbestand nicht entgegen.

- **Lebenspartner**

Lebenspartner ist die Person gleichen Geschlechts, die mit dem Mitglied eine Lebenspartnerschaft nach dem LPartG begründet hat.

- **Kinder**

Kinder sind zunächst die im ersten Grad mit dem Mitglied verwandten Kinder sowie Kinder, die nach einer Adoption die rechtliche Stellung eines Kindes erlangen. Als Kinder gelten ferner Pflegekinder. Stiefkinder und Enkel sind dann familienversichert, wenn sie im gemeinsamen Haushalt wohnen. Leben Sie getrennt vom Antragsteller, müssen sie vom Mitglied überwiegend unterhalten werden. **Der überwiegende Unterhalt ist vom Mitglied nachzuweisen.**

Kinder sind weiterhin grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres familienversichert. Sie sind darüber hinaus bis zum 23. Lebensjahres familienversichert, wenn sie nicht erwerbstätig sind oder bis zum 25. Lebensjahr, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden (**Schulbescheinigung** ist erforderlich).

### Für die Familienversicherung zu erfüllende und nachzuweisende Voraussetzungen

- **Inlandsaufenthalt**

Die Familienversicherung setzt den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Familienangehörigen im Inland voraus. Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts, die den Inlandsaufenthalt dem Aufenthalt in Deutschland gleichstellen, bleiben unberührt. **Teilen Sie bitte jede Adressänderung des Angehörigen mit.**

- **Vorrangversicherung**

Die Familienversicherung ist grundsätzlich nachrangig gegenüber einer eigenen Versicherungspflicht auf Grund einer Beschäftigung, Ausbildung, des Bezuges einer Rente oder von Arbeitslosengeld. Eine Ausnahme bildet hier die Versicherungspflicht auf Grund des Bezuges von Bürgergeld, denn bei vorliegenden Voraussetzungen kann hier die Familienversicherung begründet werden.

- **Versicherungsfreiheit**

Für versicherungsfreie oder von der Versicherungspflicht befreite Familienangehörige ist die Familienversicherung ausgeschlossen. Dies gilt nicht für die Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit einer Beschäftigung. Mit einer Beschäftigung in einem Mini-Job ist die Familienversicherung möglich.

- **Hauptberuflich selbstständige Tätigkeit**

Die Familienversicherung ist ebenso ausgeschlossen für Familienangehörige, die **hauptberuflich** selbstständig erwerbstätig sind. Hauptberuflich ist eine selbstständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und vom zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. **Es ist also wichtig, dass die selbstständige Tätigkeit angegeben wird, damit die BAHN-BKK diese Tätigkeit auf Hauptberuflichkeit prüfen kann.**

- **Gesamteinkommen**

Die Familienversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Familienangehörige ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat die vorgeschriebene Grenze von 505 Euro (2024) überschreitet. Bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung gilt die Einkommensgrenze von monatlich 538 Euro (seit 01.01.2024). Unter dem Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zu verstehen. **Geben Sie bitte daher immer alle Einkommen bei Beantragung einer Familienversicherung an.**

### **Zuständige Krankenkasse**

Die Familienversicherung wird bei der Krankenkasse geführt, bei der das Mitglied, über das die Familienversicherung hergeleitet wird (Stammversicherter), besteht. Sind die Voraussetzungen der Familienversicherung mehrfach erfüllt (z.B. durch die Mitgliedschaft des Vaters und der Mutter), besteht ein Wahlrecht in Bezug auf die Durchführung der Familienversicherung.

### **Welche Aufgaben haben Sie und Ihre Familienangehörigen?**

- Bitte geben Sie alle Sachverhalte, die zur Erfüllung der Voraussetzungen notwendig sind, im Feststellungsbogen zur Familienversicherung an.
- Fügen Sie bitte alle wichtigen Unterlagen bei Beantragung einer Familienversicherung gleich mit bei (wie zum Beispiel die Geburtsurkunde bei Geburt eines Kindes oder die Eheurkunde bei Heirat).
- Wichtig ist, dass der BAHN-BKK jede Änderung **zeitnah** mitgeteilt wird, da dadurch eventuell die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht mehr vorliegen. Werden Angaben nicht zeitnah weitergegeben, **kann es zu rückwirkender Beendigung der Familienversicherung kommen**. Im schlimmsten Fall müssen gewährte Leistungen von Ihnen selbst getragen werden. Dazu sollte es nicht erst kommen.
- Laut Gesetz muss jede Krankenkasse die Familienversicherung jährlich überprüfen. Dies erfolgt in der Regel rückwirkend. Sie erhalten daher einen Fragebogen, den Sie schnellstens korrekt ausgefüllt, unterschrieben und mit Datum versehen zurück senden sollten. Die Angabe der Telefonnummer für Rückfragen ist immer von Vorteil.