

Antrag auf Familienversicherung ab: _____ (Datum)
 vom _____ bis _____

Name des Mitglieds: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich bin / Ich war
 im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert

_____ versichert bei _____ Name der Krankenkasse

Familienstand des Mitglieds: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

Mein Ehepartner ist
 bei mir familienversichert
 nicht krankenversichert
 selbst Mitglied folgender Krankenkasse: _____
 privat krankenversichert bei: _____ Name der Krankenkasse/privaten Krankenversicherung

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
 Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

Ich bin tagsüber telefonisch/per E-Mail _____ erreichbar (freiwillige Angabe).

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 Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und - sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist - zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; 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

	Ehe-/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name *				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum				
Abweichende Adresse (nur wenn diese von der Mitgliedsanschrift abweicht)				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	_____	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Die bisherige Versicherung <input type="checkbox"/> endet/e am:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> bestand bei: (Name der Krankenkasse/ privaten Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Keine
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Über wen erfolgte die kostenfreie Versicherung? (Name des Mitglieds)	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ EUR Art der Einkünfte _____	_____ EUR Art der Einkünfte _____	_____ EUR Art der Einkünfte _____	_____ EUR Art der Einkünfte _____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr-, Zivil- oder Freiwilligen-Dienst (Bitte eine Bescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe-/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Eigene Rentenversicherungsnummer	_____	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
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 Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Unterschrift des 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: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Pfalz erforderlich. Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie auf: www.bkkpfalz.de/unternehmen/vertrauenssache/datenschutz-informationsfreiheit

Wichtige Informationen zur Familienversicherung

Wer kann beitragsfrei mitversichert werden?

- Ehe- und gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des LPartG
- Leibliche Kinder
- Pflegekinder, die mit den Pflegeeltern zusammen wohnen
- Adoptivkinder oder Kinder, die adoptiert werden sollen und sich bereits in der Obhut der aufnehmenden Familie befinden
- Stief- und Enkelkinder

Kinder sind versichert

- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres (1 Tag vor dem 23. Geburtstag), wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (1 Tag vor dem 25. Geburtstag), wenn eine Schule/Universität in Vollzeit besucht wird. Bitte fügen Sie eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung bei.

Eine Verlängerung über das 25. Lebensjahr hinaus ist möglich, wenn das Kind bis zum 30. Juni 2011 den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst ableistete oder ab dem 1. Juli 2011 an einem gesetzlich geregelten Freiwilligendienst teilnahm und dieser Dienst die Schul- oder Berufsausbildung unterbrochen oder verzögert hat. Die Familienversicherung verlängert sich um die Dauer des Dienstes, höchstens aber um 12 Monate. Bitte fügen Sie in diesem Fall eine Dienstzeitbescheinigung bei.

Stiefkinder oder Enkelkinder werden mitversichert, wenn Sie im Haushalt des Stiefelternteils/der Großeltern leben und versorgt werden.

Leben die Stief- oder Enkelkinder nicht im Haushalt, ist nachzuweisen, dass diese finanziell unterstützt werden (z.B. Nachweis durch Kontoauszüge).

Ausnahme: Hat ein Stief- oder Enkelkind eine zusätzliche Unterkunft, z.B. aufgrund eines Studiums, kann die kostenfreie Versicherung durchgeführt werden, wenn weiterhin eine Einbindung in die häusliche Gemeinschaft besteht.

Für die Prüfung benötigen wir einen zusätzlichen, von Ihnen ausgefüllten Fragebogen, den wir Ihnen gerne zusenden.

Bei Enkelkindern entfällt die zusätzliche Prüfung, wenn ein Elternteil des Kindes selbst auch familienversichert ist.

Einnahmen der Familienangehörigen werden berücksichtigt

Kostenfrei familienversichert werden kann nur, wer Einnahmen unter einem bestimmten monatlichen Betrag hat. Für 2025 liegt diese Grenze bei 535,00 € im Monat. Wird ein Minijob ausgeübt, gilt die Grenze von 556,00 € im Monat. Bitte fügen Sie immer entsprechende Einkommensnachweise bei.

Zu den Einnahmen zählen:

- Einkommen aus Beschäftigung
- Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung
- Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen und Dividenden)
- Steuerpflichtige Unterhaltszahlungen
- Renten (dazu zählen auch Versorgungsbezüge und ausländische Renten)
- Sonstige Einnahmen

Übt Ihr Angehöriger eine selbstständige Tätigkeit aus, dann benötigen wir noch weitere Angaben (z.B. wöchentlicher Zeitaufwand der selbstständigen Tätigkeit). Einen entsprechenden Fragebogen für diese Angaben senden wir Ihnen gerne zu.

Sonderfall: Ein Elternteil ist nicht gesetzlich krankenversichert

Übersteigt das Einkommen des nicht gesetzlich versicherten Elternteils im Jahr 2025 die Grenze von 6.150,00 € im Monat, ist die Familienversicherung nicht möglich.

Es sei denn, der bei der BKK Pfalz versicherte Elternteil verdient mehr als der privat Versicherte. Dann ist die beitragsfreie Familienversicherung möglich.

Bitte legen Sie zur Prüfung den aktuellen Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis Ihres Ehegatten bei.

Weitere wichtige Hinweise:

Arbeitslosengeld II

Bezieher von Arbeitslosengeld II können sich seit dem 1. Januar 2016 nicht mehr familienversichern. Dies betrifft in der Regel alle erwerbsfähigen Personen ab dem 15. Lebensjahr. Diese werden über das Jobcenter bzw. die Arbeitsagentur eigenständig bei der BKK Pfalz oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert. Sie haben Fragen hierzu? Rufen Sie uns unter 0800 / 133 33 00 an. Wir beraten Sie gerne!

Getrennte Wohnsitze

Bei getrennten Wohnsitzen geben Sie bitte immer die aktuelle Anschrift Ihrer Angehörigen an.

Unterschiedliche Nachnamen/Heirat

Bei Ehegatten und Kindern, die nicht den gleichen Nachnamen wie das Mitglied tragen, benötigen wir eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde. Gleiches gilt auch bei Namensänderungen während der Familienversicherung.

Scheidung

Solange die übrigen Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt werden, sind Ehegatten bis zur rechtskräftigen Scheidung mitversichert. Bitte senden Sie uns im Falle einer Scheidung eine Kopie des Urteils (mit dem Rechtskraftvermerk).

Bitte informieren Sie die BKK Pfalz umgehend über alle Änderungen, die sich auf die Familienversicherung auswirken können, damit wir immer für einen aktuellen Versicherungsschutz Ihrer Angehörigen sorgen können.

Unabhängig davon sind wir verpflichtet, regelmäßig zu prüfen, ob die Familienversicherung weiterhin bestehen kann. Dies geschieht in der Regel einmal im Jahr. Sie erhalten dann von uns einen Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung.

Herzlichen Dank schon jetzt für's Ausfüllen und Ihre Mithilfe!