

# Application form for coverage of family member by the family insurance

First name and surname of the member (according to birth certificate/ID card)

Address

Insurance number

## General personal data

> Reason for coverage of family member by the family insurance

- Beginning of my membership
  Birth of child
  Marriage
  Termination of previous membership of the relative/s
  Other reason

> Civil status of member:
  unmarried
  married
  living apart
  divorced since 
 widowed
  registered partnership pursuant to the German Civil Partnership Act - LpartG (in this case, the information should be made under the category „spouse“)

> Beginning of family insurance

> In the case of inquiries please contact the following phone number  (voluntary information).

> In the case of inquiries please use the following email address  (voluntary information).

## Personal details on family members

The following data is principally only required for family members who are to be covered by the family insurance offered by us. Deviating herefrom we also require specific data on your spouse or civil partner even if you exclusively desire to apply for coverage of your children by family insurance. In the case of spouses with private medical insurance who are related to the child, information on the insurance and on the income is required in addition to the general personal details. Revenue has to be mandatorily documented by income statements. Additional allowances which are paid in consideration of the civil status shall be ignored in the income details.

Please take into account that it is prohibited to simultaneously apply for coverage by the family insurance at different national health insurance funds. Please therefore ensure when entering your personal details that insurance coverage by the family insurance is not applied for at more than one insurance fund.

General personal details on family members				
	spouse	child	child	child
Name*/if applicable birth name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*If surnames differ, please attach a copy of a marriage or full form birth certificate if you have not already submitted these documents.				
First name (according to birth certificate/ID card)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sex (m = male, f = female, u = unspecified, d = diverse)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)
Date of birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Address, if deviating from member	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relationship between member and child (*the term legitimate child shall also be used in the case of an adopted child)	xxx	<input type="checkbox"/> legitimate child* <input type="checkbox"/> stepchild <input type="checkbox"/> grandchild <input type="checkbox"/> foster child	<input type="checkbox"/> legitimate child* <input type="checkbox"/> stepchild <input type="checkbox"/> grandchild <input type="checkbox"/> foster child	<input type="checkbox"/> legitimate child* <input type="checkbox"/> stepchild <input type="checkbox"/> grandchild <input type="checkbox"/> foster child
Is the spouse related to the child? (only tick box in the event of lacking relationship)	xxx	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no
Own pension insurance No. (RV-Nr.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insurance number (you will find this on your electronic health insurance card)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Birth name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Place of birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Country of birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationality	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Information on previous or still existing insurance coverage for family members

	spouse	child	child	child
The previous insurance - ended on - existed at (name of health insurance fund)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Type of previous insurance	<input type="checkbox"/> membership <input type="checkbox"/> family insurance <input type="checkbox"/> non-compulsory	<input type="checkbox"/> membership <input type="checkbox"/> family insurance <input type="checkbox"/> non-compulsory	<input type="checkbox"/> membership <input type="checkbox"/> family insurance <input type="checkbox"/> non-compulsory	<input type="checkbox"/> membership <input type="checkbox"/> family insurance <input type="checkbox"/> non-compulsory
If a family insurance existed hitherto, please state name and first name of person from whose membership the family insurance was derived:	_____ (first name) _____ (family name)	_____ (first name) _____ (family name)	_____ (first name) _____ (family name)	_____ (first name) _____ (family name)
The previous insurance continues to exist at (name of health scheme/health insurance fund): If your spouse is not a member of a statutory health fund, enclose a copy of the latest income tax return		xxx	xxx	xxx

## Other information on family members

	spouse	child	child	child
Person in concern is self-employed. (Please enclose copy of the latest income tax return.)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
(Monthly) non-wage income: (Please enclose copy of the latest income tax return.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
(Monthly) gross wages from insignificant employment:	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Is citizen's income received?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Statutory pension, tax privileged pension benefits, company pension, foreign pension, other pensions (state amount paid per month): (Please enclose copy of pension approval certificate.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Other regular monthly income within the sense of income tax law (e.g. gross wages from more than insignificant employment, income from rent and lease, income from capital investments): (Please enclose copy of the latest income tax return)	_____ € _____ (type of income)	_____ € _____ (type of income)	_____ € _____ (type of income)	_____ € _____ (type of income)
Schools attended/studies: (In the case of children aged 23 and older please enclose certificate of school attended/studies or of training/apprenticeship in copy.)	xxx	from _____ to _____	from _____ to _____	from _____ to _____
Military service or legally regulated voluntary service: (Please attach certificate of service enclose.)	xxx	from _____ to _____	from _____ to _____	from _____ to _____

I herewith confirm that the information stated herein is correct. I will inform you without undue delay if any changes arise. This applies in particular if the income of my family members stated above changes (e.g. new income tax return in the case of self-employment) or if my family members switch to a different health insurance fund).

\_\_\_\_\_  
Place, date

\_\_\_\_\_  
Signature of member

\_\_\_\_\_  
if applicable, signature of family member

By affixing my signature hereto, I confirm that I received the approval of the family member in concern to submit the data required.

In case of family members living apart, the signature of the family member shall suffice.

**Privacy notice:** In order for us to be able to fulfill our duties legally, your participation according to §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V is required. The data are to be collected for determining the insurance relationship (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). The details of contact details (email and telephone number) are voluntary and will be used exclusively for queries about your insurance relationship. Further information about the processing of your personal data by us and your rights under the EU General Data Protection Regulation is available on our homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

# Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Vornamen und Name des Mitglieds   
(laut Geburtsurkunde/Ausweis)

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/der 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 „Ehepartner/in“ 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 solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zum/zur Ehe-/Lebenspartner:in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für die Kinder durchgeführt werden soll und der/die Ehe-/Lebenspartner:in mit diesen Kindern verwandt ist.

In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des/der Ehe-/Lebenspartners/in und - sofern diese/r nicht gesetzlich versichert ist - zusätzlich Angaben zu seinem/ihrer 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: Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Mit den Angaben ist sicherzustellen, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Name*/ggf. Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>*Bitte fügen Sie bei abweichenden Nachnamen eine Heirats- bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.</small>				
Vornamen <small>(laut Geburtsurkunde/Ausweis)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich u = unbestimmt, d = divers)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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/die Ehe-/Lebenspartner:in mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Eigene Rentenversicherungsnr. <small>(RV-Nr.)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer <small>(siehe elektronischen Gesundheitskarte)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehepartner:in	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/e Ehe-/Lebenspartner:in nicht gesetzlich krankenversichert. (Bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)		xxx	xxx	xxx

Sonstige Angaben zur Familienversicherung				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Liegt eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit 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.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung:	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
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 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 _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst: (Bitte Dienstzeitbescheinigung 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:** Zur rechtmäßigen Erfüllung unsere Aufgaben, ist das Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zum Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch uns und die Rechte der Kundin bzw. des Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung befinden sich auf unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

# Information on family insurance

In order to facilitate completing the form, we would like to familiarise you with the most important details of Insurance Coverage for Family Members.

Family members (spouses under the Civil Partnerships Act, children) of members of mkk – meine krankenkasse are granted cost-free health insurance coverage under certain conditions. The term children also covers step-children and grandchildren whom the member primarily takes care of, as well as foster children.

## Family members

- must have their residence or normal place of abode in Germany,
- must not be subject to mandatory insurance in the national insurance fund themselves, must not be exempt from insurance, must not be exempt from compulsory health insurance or be self-employed as primary occupation themselves **and**
- may not have a regular total income which exceeds 505 Euros monthly in 2024.

For persons with insignificant employment an income limit of 538 Euros per month shall be applicable. Please in all cases enter the information for your spouse even if your children are exclusively covered by your insurance.



### Children are covered by your health insurance free of charge

- up to the age of 18 **or**
- up to the age of 23 if they are not gainfully employed **or**
- up up to the age of 25, if they are not in school or vocational education without wages or are not accomplishing a voluntary social and/or ecological.

### Children are not covered by your health insurance free of charge, if

- the member's spouse who is related with the children is not a member of a statutory health fund **and**
- his/her overall income regularly exceeds a certain limit per month (in 2024 = 5.775 Euros) **and**
- the income is regularly higher than that of the member.

In addition thereto the age limit of 25 shall be extended by the period of military service, civil service or voluntary service, if the school or vocational training is interrupted or delayed as a result thereof, but for a maximum of 12 months.

Without age limit the family insurance shall continue to exist if a child is handicapped or unable to earn its own livelihood. In such a case, the handicap must, however, have already existed at the point in time of taking out the family insurance.

In the case of new-born babies, alternatively to the private health fund, it is also possible to take out a voluntary insurance with BKK-VBU.

Spouses are not covered by the health fund prior to and after birth of their child or during parental leave [Elternzeit], if they had not been covered by mandatory health fund prior to this period in time.