



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **R+V BKK** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **R+V BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Rückantwort **R+V BKK**
65215 Wiesbaden

oder per Fax:
0611 999 09-152

INTERNE STATISTISCHE DATEN:

Name, Vorname: _____

Interne Vermittlernummer: _____

Unterschrift: _____

Ich möchte ab _____ Mitglied der R+V BKK werden.

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefonnr. (privat): _____ Telefonnr. (beruflich): _____

Rentenversicherungsnr.: _____ E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Steueridentifikationsnr.: _____

(Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG.
 Die SteuerID-Nr. kann von der R+V BKK bei den Finanzbehörden angefordert werden.)

Ich bin Arbeitnehmer/in.
 Der Arbeitgeber ist mit mir verwandt/verschwägert bzw. mein/e Lebenspartner/in: Ja Nein

Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab: _____ Sozialversicherungsausweis bestellen:
 Ja (Ich habe noch keinen) Nein (Bereits vorhanden)

Arbeitgeber: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____ Telefonnr.: _____ Faxnr.: _____

Ich bin hauptberuflich selbstständig als:
 Mitunternehmer/in einer Gesellschaft: _____ (Name und Rechtsform, z.B. GmbH, OHG)
 Einzelunternehmer/in

Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem: _____

Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit seit dem: _____

Ich bin Student/in an einer Fach-/Hochschule (Bitte Bescheinigung beifügen)

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 18 Monaten versichert?

Name u. Sitz: _____

Versicherungsbeginn: _____ Versicherungsende: _____

Ich bin pflichtversichert/freiwillig versichert.
 Ich bin familienversichert.
 Ich bin nicht gesetzlich versichert.

WICHTIG:
 Kündigungsbestätigung
 bitte beifügen (entfällt bei
 bisheriger Familienversi-
 cherung).

Mein/e Ehegatte/in u./o. meine Kinder sollen
 bei der R+V BKK familienversichert werden: Nein Ja (Bitte Antrag „Familienversicherung“ ausfüllen)

Ich bin damit einverstanden, dass die R+V BKK die erforderlichen Versichertendaten zur Leistungserbringung im Rahmen der Auslandsreise-Krankenversicherung an die R+V Krankenversicherung AG weiterleitet. Sofern ich bei der R+V Krankenversicherung AG eine private Zusatzversicherung abgeschlossen habe, bin ich auch damit einverstanden, dass die R+V BKK die erforderlichen Versichertendaten zum Zwecke der Kostenerstattung an die R+V Krankenversicherung AG weiterleitet. Mein vorstehendes Einverständnis gilt auf Widerruf und kann jederzeit durch mich oder einen schriftlich Bevollmächtigten unter Wahrung der Schriftform widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Vorname Name des Mitglieds

KV-Nummer

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- › Ich bin / war bisher
- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 - im Rahmen einer Familienversicherung
- › versichert bei _____
Name der Krankenkasse
- nicht gesetzlich krankenversichert
- › Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet seit _____
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPaTG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- › Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
- Beginn meiner Mitgliedschaft
 - Geburt des Kindes
 - Heirat
 - Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 - Sonstiges: _____
- › Beginn der Familienversicherung _____
- › Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- › Meine E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe) _____

Angaben zu Familienangehörigen

Ganz wichtig: 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.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen 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)	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)
	(Nachname)	(Nachname)	(Nachname)	(Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)		 	 	

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) <small>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen</small>	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	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)	EUR	EUR	EUR	EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Schulbesuch / Studium <small>(Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</small>	 	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr-/Zivil-/Bundesfreiwilligendienst <small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	 	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
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

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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Informationen zur Familienversicherung

Wer kann Leistungen in Anspruch nehmen?

Familienversicherte können ab Vollendung des 15. Lebensjahres selbst Anträge auf Leistungen stellen. Nimmt der gesetzliche Vertreter die Interessen wahr, ist eine schriftliche Erklärung erforderlich. Familienversichert sind der Ehegatte oder Lebenspartner* und die Kinder. Als Kinder gelten auch Enkel, sowie Stiefkinder, die das Mitglied überwiegend unterhält.

Welche Voraussetzungen gelten?

Die Familienangehörigen:

- halten sich gewöhnlich in Deutschland auf.
- sind nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse.
- sind nicht versicherungsfrei (Ausnahme: geringfügige Beschäftigungen) bzw. von der Versicherungspflicht befreit.
- sind nicht hauptberuflich selbstständig tätig.
- haben kein regelmäßiges Gesamteinkommen, das 405 EUR** monatlich überschreitet.

Für geringfügig Beschäftigte beträgt die Grenze 450 EUR. Zum Gesamteinkommen zählen u. a. Einnahmen aus einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit, aus Renten, Vermietung und Verpachtung und aus Kapitalvermögen. Werbungskosten und Abschreibungen sowie Beträge für Kindererziehungszeiten bei Renten werden berücksichtigt.

Kinder sind grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres familienversichert. Die Familienversicherung kann jedoch auch nach Überschreiten der Altersgrenze erhalten bleiben, und zwar bis zum:

- 23. Lebensjahr, wenn das Kind nicht beschäftigt oder selbstständig tätig ist.
- 25. Lebensjahr, wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales oder ein ökologisches Jahr oder einen europäischen Freiwilligendienst ableistet.

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr-/Zivil/Bundesfreiwilligendienst unterbrochen oder verzögert, verlängert sich die Familienversicherung um diesen Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Auch andere gesetzliche Dienste, wie z. B. der Entwicklungsdienst, können sich unter bestimmten Voraussetzungen verlängernd auf die Familienversicherung auswirken. Reichen Sie bitte eine Bescheinigung über Art und Dauer des Dienstes ein.

Bei Kindern, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten, besteht die Familienversicherung ohne Altersgrenze. Wichtig ist auch, dass die Behinderung während der Familienversicherung eingetreten und von nicht absehbarer Dauer ist. Denken Sie dabei an eine entsprechende ärztliche Bescheinigung oder eine Kopie des Behindertenausweises.

Bitte beachten Sie, dass wir bei Namensungleichheit eine Kopie der entsprechenden Urkunde benötigen.

Wann endet die Familienversicherung?

Die Familienversicherung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen, auch rückwirkend, spätestens mit dem Ende der Mitgliedschaft. Endet die Versicherung des Mitglieds und deshalb auch die Familienversicherung, besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein nachgehender Leistungsanspruch für längstens einen Monat.

Es gelten folgende Besonderheiten:

Die Familienversicherung ist ausgeschlossen, wenn der mit dem Kind verwandte Ehegatte oder Lebenspartner* nicht gesetzlich versichert ist und ihr/sein regelmäßiges Gesamteinkommen 4.575 EUR** monatlich übersteigt. Ist der mit dem Kind verwandte Ehegatte Arbeitnehmer und bestand bereits am 31.12.2002 eine private Krankenversicherung, gilt die geringere Grenze von 4.125 EUR**. Darüber hinaus muss das Gesamteinkommen regelmäßig höher sein als das des Mitglieds.

Wo besteht die Familienversicherung?

Sind Vater, Mutter oder Lebenspartner* Mitglieder verschiedener Krankenkassen/Pflegekassen, besteht ein Wahlrecht. Sie entscheiden dann, bei welcher Kasse die Kinder familienversichert sind.

Zusammenarbeit

Die R+V BKK ist darauf angewiesen, dass ihre Versicherten bei der Durchführung der Familienversicherung mitwirken. Bitte teilen Sie uns daher alle Änderungen mit, die sich auf die Familienversicherung auswirken können. Dazu gehören z. B. der Beginn einer eigenen Mitgliedschaft, jede Änderung des Familienstandes oder des Einkommens. Dies ist umso wichtiger, als dass die R+V BKK per Gesetz verpflichtet ist, die Familienversicherung auch rückwirkend zu beenden, wenn die Voraussetzungen für diese nicht vorgelegen haben. Bedenken Sie bitte, dass Sie sich mit Ihrer Unterschrift verpflichten, uns Änderungen ohne Zeitverzug anzuzeigen. Insofern können Sie bei verspäteter Anzeige keinen Vertrauensschutz gegen eine Aufhebung des Versicherungsschutzes geltend machen!

- * Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- ** Werte gelten für das Kalenderjahr 2015

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice R u V Betriebskrankenkasse
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

