

www.bkkexklusiv.de
BKK exklusiv - 31273 Lehrte

03 42C3 CB12 22 A000 0427
DV 03.23 0,85 Deutsche Post



K4000

Herrn
Thomas Krüger
Gneisenastr. 14a
31275 Lehrte



BKK
exklusiv

BKK exklusiv

Körperschaft des öffentlichen Rechts
zentrale Postanschrift: 31273 Lehrte

Telefon: 05132/5001 0
Telefax: 05132/5001 12
E-Mail: info@bkkexklusiv.de

Besucheranschriften:
Zum Blauen See 7 - 31275 Lehrte
Am Deich 45 - 28199 Bremen

Datum: 28.02.2023

Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Sehr geehrter Herr Krüger,

als Versicherte der BKK exklusiv profitieren Sie und Ihre Familienangehörigen von einem umfassenden Leistungsangebot der BKK exklusiv. Zum Nachweis der Versicherungszeiten Ihrer Angehörigen fordert der Gesetzgeber die Krankenkassen auf, von Ihnen eine jährliche Erklärung einzuholen. Die Voraussetzungen für Kinder bis zum 15. Lebensjahr sind alle drei Jahre zu prüfen.

Hintergrund dieser jährlich wiederkehrenden Abfrage ist die Verteilung der Beiträge aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Die Zuweisung der Gelder erfolgt u.a. nach den Versicherungszeiten der jeweiligen Kasse. Dazu muss die BKK exklusiv die Versicherungszeiten der Versicherten nachweisen. Dieses geschieht durch Ihre Unterschrift auf der Anlage dieses Schreibens.

Wenn Sie den Bogen nicht zurückgeben, können wir das Vorliegen der Versicherungszeiten Ihrer Angehörigen nicht nachweisen und erhalten weniger Geld aus dem Gesundheitsfonds. Helfen Sie daher aktiv mit, alle Zuweisungsbeträge zu erhalten, um auch weiterhin überdurchschnittliche Leistungen zu einem günstigen Beitrag anbieten zu können.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus, bzw. prüfen, ob die Daten Ihrer bei uns gespeicherten Familienangehörigen richtig erfasst sind. Tragen Sie die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird.

Bitte senden Sie uns in jedem Fall – auch wenn keine Änderungen eingetreten sind – den Fragebogen innerhalb von 14 Tagen ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Für Kinder ab dem 23. Lebensjahr ist unbedingt eine Schulbescheinigung bzw. Immatrikulationsbescheinigung beizufügen.

Ergänzende Erläuterungen zur Familienversicherung entnehmen Sie bitte der Rückseite dieses Schreibens. Gern sind wir Ihnen beim Ausfüllen behilflich.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre BKK exklusiv

Dieses Schreiben ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig.



Erläuterungen zu den Angaben zur Überprüfung der Familienversicherung

Allgemeines

Die Familienversicherung wird immer rückwirkend geprüft. Daher benötigen wir Ihre Angaben auch, wenn die Familienversicherung oder die Mitgliedschaft bereits beendet ist.

Versicherungszeiten der Angehörigen

Liegen Zeiten der Familienversicherung für Ihre Angehörigen vor, in denen eine eigene Mitgliedschaft bei der BKK exklusiv oder einer anderen Krankenkasse bestand, geben Sie bitte unter dem Punkt „Eigene Versicherung“ den Zeitraum und die Krankenkasse an.

Angaben zum Ehegatten

Tragen Sie die Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird.

Die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern ist ausgeschlossen, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert ist, sein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen den Betrag von 5.550,00 Euro (2023) überschreitet und das Gesamteinkommen höher ist als das des gesetzlich krankenversicherten Ehepartners.

Wehr- oder Zivildienst

Für Kinder, die freiwilligen Wehr- oder Zivildienst (BFDG; JFDG) geleistet haben, kann sich unter Umständen der Anspruchszeitraum für eine Familienversicherung um den geleisteten Dienst verlängern. Tragen Sie daher bitte den Zeitraum ein und fügen eine Dienstzeitbescheinigung bei.

Schulbesuch/Studium

Für Kinder, die sich in Schulausbildung bzw. einem Studium befinden, verlängert sich der Anspruch auf Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Tragen Sie daher bitte den Zeitraum des Schulbesuches / Studiums ein. Für Schüler und Studenten, die 23 Jahre alt sind oder im laufenden Kalenderjahr das 23. Lebensjahr vollenden, fügen Sie daher bitte unbedingt eine Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung dem Fragebogen bei.

Angaben zum Einkommen

Bei der BKK exklusiv sind Ihre Angehörigen ohne bzw. mit nur geringfügigen Einkünften beitragsfrei familienversichert. Hierbei gilt: Kinder und Ehegatten sowie Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, deren Gesamteinkommen regelmäßig 485,00 Euro (2023) monatlich nicht überschreitet, können mitversichert werden. Wird diese Einkommensgrenze überschritten, ist die Familienversicherung ausgeschlossen. Werden Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung erzielt, gilt ab 01.10.2022 als Einkommensgrenze 520,00 Euro.

Sollten Ihre Angehörigen in dem Prüfzeitraum eigenes Einkommen erzielt haben, geben Sie bitte unter dem entsprechenden Punkt die Höhe des Einkommens sowie den Zeitraum, in welchem dieses erzielt wurde, an. Bei einigen Einkunftsarten ist ein Nachweis erforderlich.

Unterschrift

Ihre Unterschrift ist wichtig, da nur hiermit die Familienversicherung als bestätigt gilt. Die Unterschrift Ihrer Familienangehörigen ist nicht zwingend erforderlich.

Datenschutzhinweis nach § 67 a Abs. 3 des Sozialgesetzbuches X (SGB X):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Sozialgesetzbuches V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989).

Datenschutzhinweis nach DS-GVO: Mit der Eintragung der Daten und meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass die oben genannten Daten (personenbezogene Daten) verarbeitet und zur Kontaktaufnahme für die gesetzliche Verpflichtung der Auskunft, Aufklärung und Beratung (§§ 13 ff. Sozialgesetzbuch 1. Buch) genutzt werden dürfen. Die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

BKK exklusiv
31273 Lehrte

Thomas Krüger

Vorname Name des Mitglieds

KV-Nr.: M788723343

Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Angaben sind erforderlich ab **01.02.2020**

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ihr Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet seit * _____ ☐ getrennt lebend
☐ verwitwet ☐ geschieden seit * _____
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
seit * _____ (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
* Das Datum der Heirat/Scheidung/eingetragenen Lebenspartnerschaft ist nur dann erforderlich, sofern gegenüber dem zuletzt
abgegebenen Fragebogen eine Änderung eingetreten ist.

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. bzw. wurde. 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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name		Krüger		
Vorname		Ben Luca		
KV-Nr.		L275261985		
Geburtsdatum		21.09.2011		
Versicherungs-Beginn		21.09.2012		
Versicherungs-Ende				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse:				
• Zeitangaben (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
• Art der Versicherung Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)	(1) (2) (3) (Bitte ankreuzen)
• Name der Krankenkasse	 (Name Krankenkasse)	 (Name Krankenkasse)	 (Name Krankenkasse)	 (Name Krankenkasse)
*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.				
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)		vom bis	vom bis	vom bis



Thomas Krüger, M788723343
Vorname Name des Mitglieds, KVNR

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit: • Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit • Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	vom bis €	vom bis €	vom bis €	vom bis €
Geringfügige Beschäftigung: • Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung • Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom bis €	vom bis €	vom bis €	vom bis €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)
Mehr als geringfügige Beschäftigung: • Zeitraum der Beschäftigung • Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom bis €	vom bis €	vom bis €	vom bis €
Sonstige regelmäßige monatlichen Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)	vom bis € (Art der Einkünfte)

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 (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): 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.