



BKK exklusiv - 31273 Lehrte

03 42C3 CB1D 51 3000 0485  
DV 03.26 0,95 Deutsche Post 



\*K4000\*

Herrn  
Thomas Krüger  
Gneisenastr. 14 A  
31275 Lehrte

**BKK exklusiv**

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
zentrale Postanschrift: 31273 Lehrte

Telefon: 05132/5001 0  
Telefax: 05132/5001 12  
E-Mail: [info@bkkexklusiv.de](mailto:info@bkkexklusiv.de)

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

Datum: 10.03.2026

## 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 6.450,00 Euro (2026) 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 565,00 Euro (2026) monatlich nicht überschreitet, können mitversichert werden. Wird diese Einkommensgrenze überschritten, ist die Familienversicherung ausgeschlossen. Werden Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung erzielt, gilt ab 2026 als Einkommensgrenze 603,00 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 KVLG1989).

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-Nummer: M788723343

### Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Angaben sind erforderlich ab 01.03.2023

#### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ihr Familienstand: ☐ ledig ☒ verheiratet seit \* 8.7.2011 ☐ getrennt lebend  
☐ verwitwet ☐ geschieden seit \* \_\_\_\_\_  
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz seit \* \_\_\_\_\_

\* Das Datum der Heirat/Scheidung/eingetragenen Lebenspartnerschaft ist erforderlich, sofern gegenüber dem zuletzt abgegebenen Fragebogen eine Änderung eingetreten ist.

- Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. 0173 2418130 zu erreichen (freiwillige Angabe).  
► Meine E-Mail-Adresse lautet smart1107@gmail.com (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 Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde 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; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

#### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ehe-/Lebenspartner                                                | Kind                                     | Kind                          | Kind                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Krüger - Heintzen                                                 | Krüger                                   |                               |                               |
| Vorname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Stefanie                                                          | Ben Luca                                 |                               |                               |
| KV-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 190294768                                                         | L275261985                               |                               |                               |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 18.4.79                                                           | 21.09.2011                               |                               |                               |
| Versicherungs-Beginn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   | 21.09.2012                               |                               |                               |
| Versicherungs-Ende                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                          |                               |                               |
| ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                          |                               |                               |
| Versicherung bei einer anderen Krankenkasse:<br>o Zeitangaben (vom... bis...)<br>o Name der Krankenkasse (bei ...)<br>o Versicherungsart:<br>gesetzlich krankenversichert (1),<br>nicht gesetzlich krankenversichert (2)<br>(Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind) | vom _____<br>bis _____<br>bei _____<br>Versicherungsart:<br>_____ | _____                                    | _____                         | _____                         |
| Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren<br>(Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)                                                                                                                                                                                                                                           | _____                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> (ja) | <input type="checkbox"/> (ja) | <input type="checkbox"/> (ja) |
| Freiwilliger Wehrdienst<br>(Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)                                                                                                                                                                                                                                                                         | _____                                                             | <input type="checkbox"/> (ja)            | <input type="checkbox"/> (ja) | <input type="checkbox"/> (ja) |



# Angaben zu den Einkünften von Familienangehörigen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ehe-<br>/Lebenspartner                                                           | Kind                                                     | Kind                                                     | Kind                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Selbstständige Tätigkeit:</b><br><input type="checkbox"/> Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit<br><input type="checkbox"/> Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)<br><small>(Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)</small> | vom <u>15.5.22</u><br>bis <u>laufend</u><br><u>1200</u> €                        | vom _____<br>bis _____<br>_____ €                        | vom _____<br>bis _____<br>_____ €                        | vom _____<br>bis _____<br>_____ €                        |
| <b>Geringfügige Beschäftigung (Minijob):</b><br><input type="checkbox"/> Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung <u>8/21-11/24</u>                                                                                                                                                                                                                                            | vom <u>1.1.26</u><br>bis <u>laufend</u>                                          | vom _____<br>bis _____                                   | vom _____<br>bis _____                                   | vom _____<br>bis _____                                   |
| <b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten</b><br><small>(monatlicher Zahlbetrag)</small>                                                                                                                                                                                                                                     | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte)                         | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) |
| <b>Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b><br><small>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen),</small><br><b>Sonstige Einkünfte</b><br><small>(z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)</small>                                  | vom <u>8.21</u><br>bis <u>31.12.25</u><br><u>2500,-</u> €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte)                         | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(Art der Einkünfte) | vom _____<br>bis _____<br>_____ €<br>(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 – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Lehke 14.3.26

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.