

# Beitrittserklärung

R+V Betriebskrankenkasse  
65215 Wiesbaden  
oder per Fax: 0611 99909-77993

## INTERNE STATISTISCHE DATEN:

Agentur-Nr. (6-stellig):   
 zusätzl. MA:   
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben**     Herr    Frau    divers

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Ich möchte Mitglied werden ab \_\_\_\_\_  
 (oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt)  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Sozialversicherungsausweis bestellen:    Ja  
 Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsland: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Ich bin Arbeitnehmer/in                       Ich beginne eine Ausbildung - ein FSJ/FÖJ - einen Bundesfreiwilligendienst  
 Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber ist mit mir verwandt    Ja    Nein

Ich bin freiwillig versichert als \_\_\_\_\_

Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung/habe Rente beantragt seit/ab dem: \_\_\_\_\_

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension, einmalige Kapitalleistung).

Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit seit dem: \_\_\_\_\_                       ALG I    Bürgergeld

Ich bin Student/in seit/ab \_\_\_\_\_ Name der Hochschule \_\_\_\_\_ (Bitte Bescheinigung beifügen).

Ich bin Künstler/Publizist seit/ab \_\_\_\_\_ (Bitte Bescheid der Künstlersozialkasse beifügen).

Ich bin im Nebenerwerb selbstständig tätig.

Ich war in den letzten 12 Monaten ohne Unterbrechung versichert bei  
 Krankenkasse und Sitz: \_\_\_\_\_ IK-Nr.: \_\_\_\_\_

(Die IK-Nummer (Institutions-Kennzeichen) finden Sie auf Ihrer Krankenversichertenkarte auf der Vorderseite unten links)

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_ Versicherungsende: \_\_\_\_\_

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

privat versichert, als

Beamter/in    Selbstständiger/e (Bitte Gewerbeabmeldung beifügen)    Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wahltarif mit Bindungsfrist

Ich war im Ausland versichert (Bitte Nachweise über den Krankenversicherungsschutz beifügen).

Mein/e Ehegatte/in und/oder meine Kinder sollen bei der R+V BKK familienversichert werden:    Ja                       Nein

Die R+V BKK darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang verarbeiten und zur Aufklärung und Beratung nutzen. Hierfür dürfen meine gespeicherten Kontaktdaten genutzt werden.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die R+V BKK meine personenbezogenen Daten elektronisch speichert und zur Kontaktaufnahme nutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Gemäß Art. 15, 16, 17 und 18 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der R+V BKK die Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Den Widerruf können Sie entweder mittels Online Service, postalisch oder per Fax an die R+V BKK richten. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.



**Dieses  
Formular  
gibt es auch  
als Online-  
Version.**

Vorname Name des **Mitglieds** \_\_\_\_\_

KV-Nummer \_\_\_\_\_

RV-Nummer \_\_\_\_\_

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung (Ersterhebung)

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich bin/war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft  
 im Rahmen einer Familienversicherung  
 nicht gesetzlich krankenversichert
- versichert bei \_\_\_\_\_  
*Name der Krankenkasse*

Familienstand:

- ledig    verheiratet    getrennt lebend    geschieden seit \_\_\_\_\_    verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
*(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

**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*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht <i>(m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)</i>	<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				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <i>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)</i>	X	<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? <i>(Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</i>	X	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

## Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden 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	Name Vorname	Name Vorname	Name Vorname	Name Vorname
Die bisherige Versicherung <u>besteht weiter</u> 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). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
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
Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlicher geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

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

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen  
Unterschrift zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die  
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.

# 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 505 EUR\*\* monatlich überschreitet.

Für geringfügig Beschäftigte beträgt die Grenze 538 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 5.775 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 5.175 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 2024