

Wichtige Informationen zur beitragsfreien Familienversicherung

Wer kann in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert werden?

Kinder bis zum 23. Lebensjahr

Kinder werden bis zum 23. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert, wenn sie nicht – z. B. wegen eines Arbeitsverhältnisses – selbst versichert sind.

Kinder bis zum 25. Lebensjahr

Kinder, die sich im Studium oder in einer Schulausbildung in Vollzeitform befinden, werden bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert. Bitte fügen Sie eine aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung bei. Sofern die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht bzw. durch die Ableistung eines Freiwilligendienstes unterbrochen oder verzögert wurde, kann die Familienversicherung verlängert werden. Bitte fügen Sie in diesem Fall eine Dienstzeitbescheinigung bei.

Stiefkinder oder Enkelkinder

Stiefkinder bzw. Enkelkinder werden mitversichert, wenn sie vom Mitglied überwiegend unterhalten werden. Zur Berechnung des „überwiegenden Unterhalts“ benötigen wir Angaben über die Nettoeinnahmen aller im Haushalt lebenden Familienangehörigen. Diese sind durch geeignete Nachweise (Verdienstbescheinigungen, Bescheide über Sozialleistungen, Kontoauszüge) zu belegen.

Besonderheit bei Enkelkindern:

Sofern neben dem Enkelkind bereits dessen Mutter oder Vater beim Mitglied familienversichert ist, besteht auch für das Enkelkind eine Familienversicherung ohne weitere Prüfung des überwiegenden Unterhalts.

Ehegatten und Kinder mit steuerpflichtigen Einkünften

Sie werden mitversichert, sofern das Gesamteinkommen die Grenze von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (415 EUR ab 2016, 405 EUR in 2015 und 395 EUR in 2014) nicht übersteigt. Für Personen, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, gilt die Grenze von 450 EUR monatlich. Bitte geben Sie die Einkommenshöhe und den Beginn der Beschäftigung an.

Nicht hauptberuflich selbständig oder freiberuflich tätige Ehegatten bzw. Kinder

Maßgeblich ist, dass das Einkommen die o.g. Einkommensgrenze von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt. Bitte fügen Sie Einkommensnachweise, insbesondere den letzten Einkommensteuerbescheid, bei. Für die Beurteilung sind nicht nur die Höhe der Einkünfte, sondern auch der wöchentliche Zeitaufwand der selbständigen Tätigkeit von Bedeutung sowie die Frage, ob Arbeitnehmer beschäftigt werden. Zur Prüfung übersenden wir Ihnen einen gesonderten Fragebogen.

Für wen ist die beitragsfreie Familienversicherung ausgeschlossen?

Kinder, deren anderer Elternteil nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist

Kinder werden nicht mitversichert, wenn der mit dem Kind verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und sein Gesamteinkommen die entsprechende Einkommensgrenze und das Gesamteinkommen des Mitglieds übersteigt. Bitte teilen Sie uns deshalb unbedingt mit, wo Ihr Ehegatte versichert ist. Bei nicht gesetzlich versicherten Personen fügen Sie bitte die Einkommensteuerbescheide bzw. Entgeltnachweise Ihres Ehegatten bei.

Geschiedene Ehegatten

Mit der Rechtskraft des Scheidungsurteils ist eine Familienversicherung nicht mehr möglich. Bitte fügen Sie daher unbedingt eine Kopie des Scheidungsurteils mit dem Rechtskraftvermerk vom Familiengericht bei.

Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV)

Familienangehörige, die Arbeitslosengeld II beziehen, werden seit dem 01.01.2016 nicht familienversichert. In der Regel betrifft es alle erwerbsfähigen Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr. Sie müssen über den Leistungsbezug eigenständig versichert werden.

Weitere wichtige Hinweise

Angaben zu Familienangehörigen

Die Daten des anschließenden Fragebogens sind grundsätzlich nur für solche Angehörige 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 die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners erforderlich. Sofern Ihr Ehegatte die leibliche Mutter bzw. der leibliche Vater eines der Kinder ist, beachten Sie bitte den Punkt „Kinder, deren anderer Elternteil nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist“.

Hinweise zu den Einkommensangaben

- › Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts sind z. B. Bruttoarbeitsentgelte aus Beschäftigungen, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung, Zahlbeträge der gesetzlichen Renten oder Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, sonstige Renten, private Renten.
- › Als Einkommensnachweise gelten: Einkommensteuerbescheide, Lohn- oder Gehaltsabrechnungen, Rentenbescheide und Unterhaltsnachweise.

Getrennt lebende Ehegatten und Kinder

Geben Sie bitte unbedingt die Adresse Ihres Angehörigen an.

Ehegatten bzw. Kinder mit unterschiedlichen Familiennamen

Bei Familienangehörigen, die nicht den Namen des Mitglieds tragen, benötigen wir eine Kopie der Heirats- oder Geburtsurkunde bzw. der Urkunde über die Lebenspartnerschaft.

Haben Sie weitere Fragen zur Familienversicherung oder zum Ausfüllen des Fragebogens? Wir beraten Sie gern. Rufen Sie uns an.

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

A. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Familienstand					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ledig	verheiratet	verpartnert*	getrennt lebend	geschieden	verwitwet
seit dem: <input type="text"/> . <input type="text"/>			*Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem LPartG ihre Partnerschaft erklärt haben		

Angabe zum Ehegatten (WENN NICHT GESETZLICH VERSICHERT, BITTE STEUERBESCHEID BEIFÜGEN)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Mein Ehepartner ist selbst gesetzlich versichert bei: _____ (Name und Sitz der Krankenkasse)

nicht bzw. privat versichert bei: _____ (Name des Unternehmens)

Kontakt (freiwillige Angabe)

Telefonisch tagsüber erreichbar unter: _____ E-Mail: _____

B. Angaben zu den Familienangehörigen (ggf. auch zukünftige Änderungen)

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

Angehöriger	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (x = Unbestimmt)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x
Geburtsdatum				
RV-Nummer				
Geburtsort/ -land				
Staatsangehörigkeit				
Abweichende Anschrift zum Mitglied				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> leibliches/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	<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

Angaben zum Beginn der Familienversicherung bei der IKK Brandenburg und Berlin

Beginn der Versicherung	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Grund des Antrages	<input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Ende eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Ende eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Ende eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Ende eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges
Bisherige Versicherung bei einer anderen Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____
Bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Vor-, Name des Hauptversicherten:	_____, _____	_____, _____	_____, _____	_____, _____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert			

Bitte nächste Seite beachten

Angehöriger	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				

Berufliche Situation

Schule / Studium: (bei Kindern ab 23 Jahren bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja	Von: _____						
	<input type="checkbox"/> Nein	Bis: _____						
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst: (Bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja	Von: _____						
	<input type="checkbox"/> Nein	Bis: _____						
Wurde ein Renten-antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein						
Wann?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Regelmäßige Einkünfte

Geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
Mehr als geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
Selbständige Tätigkeit Gewinn (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
Regelmäßige Einkünfte? Höhe der Einkünfte (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> ALG II	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> ALG II	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> ALG II	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> ALG II	
	<input type="checkbox"/> Zinsen	<input type="checkbox"/> Renten*							
	<input type="checkbox"/> Grundsicherung								
	<input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge								
	<input type="checkbox"/> Pacht / Miete								
	<input type="checkbox"/> Sonstiges								
	<input type="checkbox"/> Elterngeld								
	<input type="checkbox"/> Unterhalt								

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 oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

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