

Wichtige Informationen zur beitragsfreien Familienversicherung

Wer kann in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert werden?

1. Leibliche Kinder/Adoptivkinder

- bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn sie nicht, z.B. wegen eines Arbeitsverhältnisses, selbst versichert sind
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie studieren oder eine schulische Ausbildung in Vollzeitform absolvieren
- über das 25. Lebensjahr für längstens 12 Monate, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch die Ableistung eines Freiwilligendienstes unterbrochen oder verzögert wurde
- ohne Altersgrenze, wenn sie aufgrund einer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten

Bitte fügen Sie uns Nachweise (Schul- oder Studienbescheinigungen, Nachweise über den abgeleiteten Dienst etc.) bei. Bei abweichenden Familiennamen fügen Sie bitte Nachweise, z.B. die Geburtsurkunde, bei.

2. Pflegekinder

Pflegekinder können grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mitversichert werden. Bitte reichen Sie uns die Pflegeerlaubnis des Jugendamtes ein.

3. Stief- und Enkelkinder

Stief- bzw. Enkelkinder werden mitversichert, wenn sie von Ihnen überwiegend unterhalten werden oder in Ihrem Haushalt aufgenommen wurden. Diese Prüfung erfolgt aufgrund einer Gesetzesänderung für alle Sachverhalte ab dem 11.05.2019. Die Voraussetzungen prüfen wir mit einem gesonderten Fragebogen. Sofern neben dem Enkelkind dessen Mutter oder Vater über Sie familienversichert ist, kann das Enkelkind ohne Prüfung des überwiegenden Unterhalts mitversichert werden.

4. Ehegatten/Lebenspartner

Bei abweichenden Familiennamen reichen Sie uns bitte Nachweise, z.B. die Eheurkunde, ein. Das Datum der Heirat/ eingetragenen Lebenspartnerschaft ist nur dann erforderlich, sofern gegenüber dem zuletzt abgegebenen Fragebogen eine Änderung eingetreten ist.

Weitere Voraussetzungen zur Familienversicherung

Hinweise zum Einkommen

Die o.g. Familienangehörigen werden mitversichert, sofern das Gesamteinkommen die Grenze von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (455 Euro ab 2020, 445 Euro in 2019 und 435 Euro in 2018) nicht übersteigt. Für Zeiten bis 31.12.2019 gilt bei geringfügigen Beschäftigungen die Grenze von 450 Euro monatlich. 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, sonstige Einkünfte wie z.B. einmalig oder in Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen als Ausgleich zum Arbeitsplatzverlust. Bitte reichen Sie uns Einkommensnachweise ein

Selbständige bzw. freiberufliche Tätigkeit

Selbständig bzw. freiberuflich tätige Angehörige werden mitversichert, wenn sie nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind. Zur Prüfung senden wir Ihnen einen gesonderten Fragebogen zu. Maßgeblich ist auch, 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 wen ist die beitragsfreie Familienversicherung ausgeschlossen?

Kinder, deren anderer Elternteil nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist

Kinder werden nicht mitversichert, wenn

- die Eltern verheiratet sind und
- ein Elternteil nicht gesetzlich versichert ist und
- dieses Elternteil mit dem Kind verwandt ist und
- sein Gesamteinkommen die maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und
- höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist.

Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wo Ihr Ehegatte versichert ist und informieren uns bei Änderungen. Bei nicht gesetzlich versicherten Elternteilen fügen Sie bitte die Einkommensteuerbescheide bei.

Geschiedene Ehegatten

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

Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV)

Seit 01.01.2016 werden Familienangehörige, die Arbeitslosengeld II beziehen und über 15 Jahre alt sind, über den Leistungsbezug selbst versichert.

Weitere wichtige Hinweise

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“..

Bitte informieren Sie uns sofort, wenn sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben.

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Angaben erforderlich ab: _____

Name des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

A. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verpartnert* <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	seit dem: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <small>*Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem LPartG ihre Partnerschaft erklärt haben</small>
Angabe zum Ehegatten (WENN NICHT GESETZLICH VERSICHERT, BITTE STEUERBESCHIED BEIFÜGEN)	
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ ggf. abweichende Anschrift: _____	
Mein Ehepartner ist <input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> nicht bzw. privat versichert	bei: _____ (Name und Sitz der Krankenkasse) 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) (D = divers)	<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				
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	<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="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="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
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	_____ _____, _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert	_____ _____, _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert	_____ _____, _____ <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: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligen-dienst: (Bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wurde ein Renten-antrag gestellt? Wann?	<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 □□.□□.□□
Regelmäßige Einkünfte				
Geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeits-entgelt (monatlich) Erhalten Sie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mehr als gering-fügige Beschäf-tigung Bruttoarbeits-entgelt (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro
Selbständige Tätigkeit Gewinn (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro
Regelmäßige Einkünfte? Höhe der Einkünfte (monatlich) Art der Einkünfte (bitte Nachweise beifügen) <small>*Bitte beachten Sie: Auch ausländische Renten sind hier anzugeben</small> <small>Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)</small> <small>Nur auszufüllen, wenn Stief- oder Enkelkinder im Haushalt leben</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein □□□□,- Euro <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

FH01_Fragebogen

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 (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. Die Verpflichtung zur Beantwortung ergibt sich aus § 206 SGB V.

Online Version