

# 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 abgeleisteten 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 (505 Euro ab 2024, 485 Euro ab 2023 und 470 Euro in 2022) nicht übersteigt. Für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze (ab 01.01.2024 538 Euro monatlich) zulässig. Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts sind z. B. Bruttoarbeitsentgelte aus Beschäftigungen, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung, Zahlungsbeträge 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 beachten Sie den Punkt „Weitere wichtige Hinweise“ und informieren uns bei Änderungen. Bei nicht gesetzlich versicherten Elternteilen fügen Sie bitte die Einkommensteuerbescheide und alle Lohnbescheinigungen/Bezügeabrechnungen ab Beginn der Prüfung bei.

### Geschiedene Ehegatten

Mit der rechtskräftigen Scheidung bzw. Aufhebung ist eine Familienversicherung nicht mehr möglich. Bitte fügen Sie daher eine Kopie des Scheidungsurteils bzw. einen Nachweis über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft mit dem Rechtskraftvermerk bei.

### Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) – ab 01.01.2023 Bürgergeld

Seit 01.01.2016 werden Familienangehörige, die Arbeitslosengeld II (jetzt Bürgergeld) 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 Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen oder 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 werden soll 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 und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Beachten Sie dazu 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 seit dem: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verpartnert* <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <small>*Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem LPartG ihre Partnerschaft erklärt haben</small>
Angabe zum Ehegatten (WENN NICHT GESETZLICH VERSICHERT, SIEHE HINWEISBLATT 3. ABSCHNITT)	
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ ggf. abweichende Anschrift: _____ Mein Ehepartner ist <input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert bei: _____ (Name und Sitz der Krankenkasse) <input type="checkbox"/> 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) (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  Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	<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"/> Nein	<input type="checkbox"/> leibliches/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> leibliches/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegekind <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: Bei: (Name der Krankenkasse) Vor-, Name des Hauptversicherten:	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____ <input type="checkbox"/> Fami Bis: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert

Bitte nächste Seite beachten!

Angehöriger	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
<b>Berufliche Situation</b>				
Schule / Studium: (bei Kindern ab 23 Jahren bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst: (Bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____	<input type="checkbox"/> Ja Von: _____ Bis: _____
Wurde ein Renten- antrag gestellt? Wann?	<input type="checkbox"/> Ja □□.□□.□□	<input type="checkbox"/> Ja □□.□□.□□	<input type="checkbox"/> Ja □□.□□.□□	<input type="checkbox"/> Ja □□.□□.□□
<b>Regelmäßige Einkünfte</b>				
Geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeits-entgelt (monatlich) Erhalten Sie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld?	<input type="checkbox"/> Ja □□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro <input type="checkbox"/> Ja
Mehr als geringfü- gige Beschäftigung Bruttoarbeits-entgelt (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro
Selbständige Tätigkeit Gewinn (monatlich)	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- Euro
Regelmäßige Ein- künfte? Höhe der Einkünfte (monatlich) Art der Einkünfte (bitte Nachweise beifügen) *Bitte beachten Sie: Auch ausländische Renten sind hier anzugeben Sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes **jetzt Bürgergeld Nur auszufüllen, wenn Stief- oder Enkelkinder im Haushalt leben	<input type="checkbox"/> Ja □□□□,- 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 □□□□,- 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 □□□□,- 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 □□□□,- 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

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