

WICHTIGE INFORMATION 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. aufgrund eines Arbeitsverhältnisses – selbst versichert sind. Wenn sich das Kind nicht mehr in der Schulausbildung befindet, vermerken Sie im Feld „Schulausbildung“ bitte den Hinweis „erwerbslos“. Ab dem 23. Lebensjahr benötigen wir als Nachweis immer eine aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung.

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 sich das Kind im Grundwehr- oder Zivildienst befand, kann die Familienversicherung um diesen Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus weitergeführt werden, wenn dieser Dienst die Ausbildung unterbrochen oder verzögert hat. 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. Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

Besonderheit bei Enkelkindern:

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

Ehegatten und Kinder mit steuerpflichtigen Einkünften

Sie werden mitversichert, sofern das Gesamteinkommen die Grenze von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (405,00 Euro in 2015, 395,00 Euro in 2014, 385,00 Euro in 2013) nicht übersteigt. Für Personen, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, gilt ab 01.01.2013 die Grenze von 450,00 Euro (zuvor 400,00 Euro) monatlich. Bitte geben Sie die Einkommenshöhe an.

Nicht hauptberuflich selbständig oder freiberuflich tätige Ehegatten bzw. Kinder

Die Einkommensgrenze für die Mitversicherung nicht hauptberuflich selbständig tätiger Ehegatten und Kinder beträgt momentan 405,00 Euro monatlich. Maßgeblich sind die monatlichen Einkünfte. Bitte fügen Sie einen Einkommensnachweis – Einkommenssteuerbescheid – 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 entsprechenden 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 Steuerbescheide bzw. Entgeltnachweise Ihres Ehegatten bei.

Geschiedene Ehegatten

Eine bestehende Familienversicherung für einen Ehegatten endet spätestens mit der Rechtskraft des Scheidungsurteils. Bitte in diesem Fall unbedingt das Urteil (mit Rechtskraftstempel) in Kopie beifügen.

Wichtige weitere 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 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.

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.
- Als Einkommensnachweise gelten: Steuerbescheide, Lohn- oder Gehaltsabrechnungen, Rentenbescheide und Unterhaltsnachweise.

Getrennt lebende Ehegatten und Kinder

Geben Sie bitte unbedingt die Adresse Ihres Angehörigen an.

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

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Angaben erforderlich ab

A. Allgemeine Angaben des Mitglieds

(Bitte zutreffende Felder nur ankreuzen, nicht durchstreichen)

Vorname Name des Versicherten

KV-Nummer

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"/>		*Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem LPartG ihre Partnerschaft erklärt haben			

Angabe zum Ehegatten (WENN NICHT GESETZLICH VERSICHERT, BITTE STEUERBESCHIED 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

Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum				
RV-Nummer				
Geburtsort/ -land				
Staatsangehörigk.				
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

Angaben zum Beginn der Familienversicherung bei der IKK Brandenburg und Berlin

Beginn der Versicherung				
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"/> Mitglied Von: _____	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____	<input type="checkbox"/> Mitglied Von: _____
	<input type="checkbox"/> Fami Bis: _____	<input type="checkbox"/> Fami Bis: _____	<input type="checkbox"/> Fami Bis: _____	<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								
Name								
Vorname								
Berufliche Situation								
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: _____
	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
Wehr- oder Zivildienst: (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: _____
	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde ein Rentenanspruch gestellt?	<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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Einkünfte								
Geringfügige Beschäftigung	<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
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR	
	<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
Mehr als geringfügige Beschäftigung	<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
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR	
	<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
Selbständige Tätigkeit	<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
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR	
Regelmäßige Einkünfte?	<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
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,- EUR	
	<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
Art der Einkünfte (bitte Nachweise beifügen) *Bitte beachten Sie: Auch ausländische Renten sind hier anzugeben	<input type="checkbox"/> Zinsen	<input type="checkbox"/> Renten*	<input type="checkbox"/> Zinsen	<input type="checkbox"/> Renten*	<input type="checkbox"/> Zinsen	<input type="checkbox"/> Renten*	<input type="checkbox"/> Zinsen	<input type="checkbox"/> Renten*
	<input type="checkbox"/> Grundsicherung		<input type="checkbox"/> Grundsicherung		<input type="checkbox"/> Grundsicherung		<input type="checkbox"/> Grundsicherung	
	<input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge		<input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge		<input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge		<input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge	
	<input type="checkbox"/> Pacht / Miete		<input type="checkbox"/> Pacht / Miete		<input type="checkbox"/> Pacht / Miete		<input type="checkbox"/> Pacht / Miete	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
	<input type="checkbox"/> Elterngeld		<input type="checkbox"/> Elterngeld		<input type="checkbox"/> Elterngeld		<input type="checkbox"/> Elterngeld	
	<input type="checkbox"/> Unterhalt		<input type="checkbox"/> Unterhalt		<input type="checkbox"/> Unterhalt		<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 (§ 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.

Bitte zurücksenden an: IKK Brandenburg und Berlin, PF 900251, 14438 Potsdam

Internet-Version