

# Antrag

auf Familienversicherung für Neugeborene

# BARMER



Name, Vorname des Mitglieds

Krankenversichertennummer

	Kind	Kind
Name (bitte fügen Sie bei abweichendem Familiennamen eine Geburtsurkunde bei)		
Vorname (kann auch nach der Geburt mitgeteilt werden)		
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = divers, u = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (u)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (u)
Geburtsdatum (kann auch nach der Geburt mitgeteilt werden) oder voraussichtlicher Entbindungstag		
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift		
Das Kind ist mein	<input type="checkbox"/> leibliches Kind und soll ab Geburt bei mir versichert werden	<input type="checkbox"/> leibliches Kind und soll ab Geburt bei mir versichert werden
Hat das Kind bereits regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
<small>*hier sind alle Einkünfte wie z. B. Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, gesetzliche Renten etc, außer Kindergeld nach Bundeskindergeldgesetz, anzugeben</small>		

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Kind	Kind
Geburtsname		
Geburtsort		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		

### ► Mein Familienstand

ist  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehe-/Lebenspartner" zu machen)

### ► Mein Ehe-/Lebenspartner

\_\_\_\_\_ Name, Vorname

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

\*in diesem Fall bitte zusätzliche Angaben auf der Rückseite machen

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

## Allgemeine und Einkommensangaben zum Ehe-/Lebenspartner

	Ehe-/Lebenspartner
Name der privaten Krankenversicherung/oder des anderweitigen Versicherungsträgers	
Selbstständige Tätigkeit liegt vor*	<input type="checkbox"/> Ja
*Bei ja: Wird in diesem Zusammenhang regelmäßig mindestens ein Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	..... Euro
Bruttoarbeitsentgelt aus Beschäftigung (mtl.) Bitte Kopie der aktuellen Gehaltsbescheinigung beifügen	..... Euro
Einmalzahlung (z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld)	..... Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	..... Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts*	..... Euro
(*z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	..... Art der Einkünfte

Wir benötigen die einzelnen Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner, 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 Ehe-/Lebenspartners und - sofern der Ehe-/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. Änderungen der Einkommensverhältnisse (z. B. neuer Steuerbescheid bei Selbstständigen oder Gehaltsänderung bei Angestellten) sind unverzüglich der BARMER mitzuteilen.

- ▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- ▶ Meine E-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe).
- ▶ Hinweis: Bitte vergessen Sie nicht die Unterschrift auf der Vorderseite. Vielen Dank.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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. Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 10 SGB V, 25 SGB XI. Die BARMER speichert diese für 9 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit

**Postanschrift**  
BARMER  
42230 Wuppertal

**Alles Wichtige online erledigen:**  
Der persönliche Mitgliederbereich  
[www.barmer.de/meine-barmer](http://www.barmer.de/meine-barmer)

**24 Stunden - 7 Tage:**  
Tel 0800 333 10 10 \*)  
[service@barmer.de](mailto:service@barmer.de)

**Bankverbindung**

IBAN: DE29 2005 0550 1235 1218 50 BIC: HASPDEHHXXX (Hamburger Sparkasse) Weitere Bankkonten: [www.barmer.de/bako](http://www.barmer.de/bako)

\*) Anrufe aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz sind kostenfrei