

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 10 SGB V, 25 SGB XI. Die BARMER speichert diese für 9 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER



Absender

BARMER
42230 Wuppertal

Datum
Versichertennummer

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum

► Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> Heirat	<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des/der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. bisherige anderweitige Familienversicherung, Zuzug etc.) _____
---	--	---------------------------------	---	---

► Familienstand des Mitglieds

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartnerschaft ¹⁾	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
--------------------------------	--------------------------------------	--	--	-------------------------------------	------------------------------------

Wichtiger Hinweis. Bitte geben Sie nachstehend in den Abschnitten 1 bis 4 die Daten Ihrer Angehörigen an, die familienversichert werden sollen.

Wird nur eine Familienversicherung für Kinder gewünscht, benötigen wir immer Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe- oder Lebenspartner/in¹ unter Abschnitt 1 und Abschnitt 2, wenn diese/r mit mindestens einem der Kinder verwandt ist. Sofern Ihr/Ihre Ehe- oder Lebenspartner/in¹ nicht gesetzlich versichert (z. B. privat) ist, sind zusätzlich Angaben unter Abschnitt 3 erforderlich. Fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei.

1. Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen				
	Ehe-oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei unterschiedlichen Nachnamen zwischen dem Mitglied und Familienangehörigen sind die Verwandtschaftsverhältnisse durch Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (D)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung "leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden.)	X	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist Ihr/Ihre Ehe- oder Lebenspartner/in ¹ mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	X	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

2. Angaben zur bisherigen bzw. aktuellen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:	_____	_____	_____	_____
Die bisherige Versicherung besteht weiter:	<input type="checkbox"/> Ja	_____	_____	_____
Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung:	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat)
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____	Nachname _____

3. Ergänzende Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehe-oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Die selbstständige Tätigkeit umfasst durchschnittlich mehr als 20 Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des neuesten vorliegenden Einkommensteuerbescheides beifügen)	Euro _____	Euro _____	Euro _____	Euro _____
Mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job). Zahlungen wie z. B. Weihnachtsgeld bitte mit 1/12 einberechnen.	Euro _____	Euro _____	Euro _____	Euro _____
Mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung. Zahlungen wie z. B. Weihnachtsgeld bitte mit 1/12 einberechnen.	Euro _____	Euro _____	Euro _____	Euro _____
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebs-, ausländische- oder sonstige Renten (mtl. Zahlbetrag)	Euro _____	Euro _____	Euro _____	Euro _____
Mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommen steuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes).	Euro _____	Euro _____	Euro _____	Euro _____
	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____	Art der Einkünfte _____
Schulbesuch/Studium (Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul- / Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wird/wurde ein gesetzlich geregelter Freiwilligendienst oder Wehrdienst ausgeübt? (Bitte Dienstbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

4. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe- oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____
Ich bin tagsüber zu erreichen unter	Telefonnummer ² _____		Meine E-Mail-Adresse ³ _____	

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 (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder sie Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____

ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen* _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

*nur bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

1) Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPaTG).
2) Freiwillige Angabe.