

Hinweis: Die Angaben zur Feststellung der Familienversicherung beruhen auf der Meldepflicht des § 10 Abs. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. der Auskunftspflicht des § 99 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Fehlende oder unvollständige Angaben können dazu führen, dass ein Familienversicherungsanspruch nicht festgestellt werden kann.

BARMER

BARMER
42230 Wuppertal

Absender

Datum

Versichertennummer

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1 Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Familienstand

in eingetragener

- ledig verheiratet Lebenspartnerschaft getrennt lebend geschieden verwitwet
lebend ¹⁾

Ich war bisher

- selbst versichert familienversichert
- Name der Krankenkasse _____ Name der Krankenkasse _____
- nicht gesetzlich krankenversichert

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges

Beginn der Familienversicherung _____

2 Familienangehörige

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner ¹⁾ auch dann, 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-/Lebenspartner ¹⁾ und – sofern der Ehe-/Lebenspartner ¹⁾ nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind dabei nicht zu berücksichtigen. **Fügen Sie bitte entsprechende Einkommensnachweise bei.**

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.

Versicherte/r

Versichertennummer

Ehe-/Lebenspartner¹⁾ männlich weiblich unbestimmt
 Kind männlich weiblich unbestimmt
 Kind männlich weiblich unbestimmt
 Kind männlich weiblich unbestimmt

(Bitte fügen Sie bei abweichendem Familiennamen die Geburts- oder Heiratsurkunde bei.)

Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (Die Bezeichnung »leibliches Kind« ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<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	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Die bisherige Versicherung bei (Name der Krankenkasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
endete am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> besteht weiter			
Art der bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuvor eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selbstständige Tätigkeit liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Wird in diesem Zusammenhang regelmäßig mindestens ein Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung ²⁾	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (mtl. Zahlbetrag)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts ^{2) 3)}	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Art der Einkünfte ³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulbesuch/Studium vorraussichtlich vom – bis (bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul-/ Studienbescheinigung beifügen.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst vom – bis (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Ergänzende Angaben

	Ehe-/Lebenspartner ¹⁾	Kind	Kind	Kind
Bestehen Personen-/Gesundheitsschäden?	<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"/> ja,
Diese Frage dient ausschließlich der Prüfung möglicher Erstattungs- und Ersatzansprüche gegenüber Dritten (z.B. Unfallfolgen, Behandlungsfehler, Berufskrankheiten)	Art _____	Art _____	Art _____	Art _____
Ist eine Rentenversicherungsnummer vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Versicherungsnummer _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Versicherungsnummer _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Versicherungsnummer _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Versicherungsnummer _____

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort, Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

4 Unterschrift

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 diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

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

Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes

ggf. Unterschrift der/des Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Ich bin tagsüber telefonisch zu erreichen unter Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Meine E-Mail-Adresse lautet Angabe ist freiwillig

Datenschutzhinweis: 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.

- 1) Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG).
- 2) Einmalige Einnahmen (z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld) sind mit 1/12 des Betrages dem monatlichen Einkommen zuzurechnen.
- 3) Z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung.

