



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
Versichertennummer _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum

→ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

☐ Beginn meiner Mitgliedschaft	☐ Geburt des Kindes	☐ Heirat	☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen	☐ Sonstiges (z. B. bisherige anderweitige Familienversicherung, Zuzug etc.) _____
---	--	---------------------------------	---	---

→ Familienstand des Mitglieds

☐ ledig	☐ verheiratet	☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ¹	☐ getrennt lebend	☐ geschieden	☐ 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 abweichenden Familiennamen zwischen dem Mitglied und Familienangehörigen sind die Verwandtschaftsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder - sofern deren Vorlage nicht möglich ist - durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	☐ (m) ☐ (x) ☐ (w) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (x) ☐ (w) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (x) ☐ (w) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (x) ☐ (w) ☐ (d)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung "leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<del></del>	☐ Leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ Leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ Leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Ist Ihr/Ihre Ehe- oder Lebenspartner/in ¹ mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<del></del>	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	<del></del>	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Wird/wurde ein freiwilliger Wehrdienst ausgeübt? (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	<del></del>	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Versichertennummer

2. Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehe- oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
Die bisherige Versicherung besteht weiter:	☐ Ja			
Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung:				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich (z. B. privat)	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich (z. B. privat)	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich (z. B. privat)	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ 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 Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname

3. Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen				
	Ehe- oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Die selbstständige Tätigkeit umfasst durchschnittlich mehr als 20 Stunden pro Woche	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebs-, ausländische oder sonstige Renten (mtl. Zahlbetrag)	Euro	Euro	Euro	Euro
Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes, Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung inkl. Einmalzahlungen)	Mtl. Euro (Art der Einkünfte)	Mtl. Euro (Art der Einkünfte)	Mtl. Euro (Art der Einkünfte)	Mtl. Euro (Art der Einkünfte)

4. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehe- oder Lebenspartner/in ¹	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Geburtsname				
Geburtsort ³				
Geburtsland ³				
Staatsangehörigkeit				
Ich bin tagsüber zu erreichen unter	Telefonnummer ²	Meine E-Mail-Adresse ²		

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 - bei familienversicherten Kindern - der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Datum Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen* *nur bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.
--	---

1) Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG).

2) Freiwillige Angabe.

3) Wird nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.