



Absender

BARMER
 73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
 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 eigenen 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"/> eingetragene 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 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)	<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.)	_____	<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)	_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren (Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Wird/wurde ein freiwilliger Wehrdienst ausgeübt? (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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:	<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. Angaben zu den Einkünften der 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 letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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	Mtl. Euro	Mtl. Euro	Mtl. Euro
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(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 _____	_____ 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 (LPartG).
 2) Freiwillige Angabe.
 3) Wird nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.