



Absender

BARMER
42230 Wuppertal

Datum
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 Mitgliedschaft des/der Angehörigen	☐ Sonstiges (z. B. bisherige anderweitige Familienversicherung, Zuzug etc.) _____
---	--	---------------------------------	---	---

► Familienstand des Mitglieds

☐ ledig	☐ verheiratet	☐ eingetragener 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 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)	☐ (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.)		☐ 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)		☐ Nein	☐ Nein	☐ 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:	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ 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. Ergänzende Angaben zu den 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 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
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)	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ 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 (LPaG).

2) Freiwillige Angabe.