

Familienversicherung – Ich beantrage die kostenfreie Mitversicherung ab dem Beitrittsmonat für folgende Familienangehörige

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.

	Ehe-/Lebenspartner ¹⁾	Angehörige(r)	Angehörige(r)	Angehörige(r)
Vorname				
Familienname				
Ggf. abweichende Anschrift				
Geburtsdatum				
Geburtsname ²⁾				
Geburtsort ²⁾				
Staatsangehörigkeit ²⁾				
Rentenversicherungsnummer				
Geschlecht w = weiblich d = divers m = männlich u = unbestimmt	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u
Verwandtschaftsverhältnis (bitte ergänzen: Tochter, Sohn, Stief-, Pflege-, Enkel-, Adoptivkind)				
Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Die bisherige Versicherung				
<input type="checkbox"/> endete am:				
<input type="checkbox"/> bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
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 zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname	Vorname Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)				
Arbeitsverhältnis/selbstständige Tätigkeit liegt vor?	<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 <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Datum (von/bis) angeben und Fragen a) bis c) beantworten				
a) regelmäßiges mtl. Bruttoeinkommen <small>Bei selbstständiger Tätigkeit: Bitte aktuellen Einkommensteuerbescheid beifügen</small>	€	€	€	€
b) geringfügige Beschäftigung von/bis				
c) regelmäßiges mtl. Bruttoarbeitsentgelt bei geringfügiger Beschäftigung	€	€	€	€
Weitere mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Zinseinkünfte)	€	€	€	€
Schulbesuch/Studium von/bis (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Bescheinigung beifügen oder nachreichen)				
Schul-/Hochschulart (z. B. Haupt-, Realschule, Gymnasium) ³⁾				
Klassenstufe/Fachsemester ³⁾				
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von/bis (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen oder nachreichen)				

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen der oben angegebenen Familienangehörigen erhöht oder eine/r dieser Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird. Mit dieser Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten. Bei vom Mitglied getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden.

Datum	Unterschrift	Unterschrift der Familienangehörigen, ab dem 15. Lebensjahr
-------	--------------	-------------------------------------------------------------

¹⁾ Die Angaben für Ihren Ehe-/ Lebenspartner benötigen wir auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.

²⁾ Lebenspartner sind gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

³⁾ Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

³⁾ Freiwillige Angaben