

Ja, ich wähle die BARMER ab dem



gesetzliche Krankenkassen.de

ein Portal der Kassensuche GmbH

BARMER

Für meine Mitgliedschaft mache ich folgende Angaben:

Personliche Angaben

Mitglied werden bei der

Name, Vorname **BARMER** Titel _____ Geschlecht w m d u w = weiblich
m = männlich
d = divers
u = unbestimmt

Straße/Hausnummer _____ Telefonnummer¹⁾ _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____ E-Mail-Adresse _____ Mobil¹⁾ _____

Rentenversicherungsnummer _____ Geburtsname²⁾ _____

_____ Geburtsort²⁾ _____ Staatsangehörigkeit²⁾ _____

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte

Angaben zum Personenkreis

Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht dann aus, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zu _____ ab/seit dem _____ der Arbeitsentgeltshöhe _____

Ich bin Auszubildende(r) Arbeitnehmer(in) Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) versicherungspflichtig

alles Weitere. WICHTIG: Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse versicherungsfrei

unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! in der Krankenversicherung.

Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen: Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert etc.

Ich bin Student(in) voraussichtlich bis _____ Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen!

Ich bin (z. B. selbständige Schüler(in), nicht berufstätig) b/seit dem _____ ³⁾

Ich bin Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II ⁴⁾

Ich beziehe eine gesetzliche Rente ab/seit dem _____ bzw. habe Rente beantragt am _____ (gilt auch für ausländische Renten ⁴⁾)

Ich h **Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt**

Ich bin landwirtschaftliche(r) Unternehmer(in) oder mitarbeitende(r) Familienangehörige(r) einer/eines landwirtschaftlichen Unternehmers(-in)

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Angaben zur Vorversicherung

Sollern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Krankenkasse Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. Bitte beachten Sie: Dieses Schreiben muss direkt von Ihnen an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ bei der _____ Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Versicherungsnummer _____

Ich war seit _____ nicht gesetzlich versichert. Grund (z. B. privat versichert, Ausland): _____

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Anlass des Kassenwechsels Aenderung im Versicherungsverhältnis (bzw. Arbeitgeberwechsel) Ablauf der Bindungsfrist Erhöhung des Zusatzbeitrags durch bisherige Kasse

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte

Allgemeine Angaben

Ich habe Kinder (gilt auch für Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder; Angabe wird zur Feststellung des Pflegeversicherungsbeitrages benötigt)

Ich habe eine Person, die sich für eine BARMER Mitgliedschaft eignet

Ich habe eine Person, die sich für eine BARMER Mitgliedschaft eignet

Ich habe eine Person, die sich für eine BARMER Mitgliedschaft eignet

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.

Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

¹⁾ Freiwillige A
²⁾ Angabe nur
³⁾ Einkommen
⁴⁾ Bitte Nachw

versicherungs-
57 SGB XI.
is zusammen-
ichert.

inf, Berichtigung

undesbeauftragten
utzbeauftragten

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.

Lebenspartner sind gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

²⁾ Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

³⁾ Freiwillige Angaben