



Ja, ich wähle die BARMER ab dem

Für meine Mitgliedschaft mache ich folgende Angaben:

Persönliche Angaben

Name, Vorname

← Фамилия, Имя

Titel

Geschlecht

Пол

w m d u

w = weiblich
m = männlich
d = divers
u = unbestimmt

Straße/Hausnummer

Telefonnummer¹⁾ телефон

Geburtsdatum

PLZ

Ort

← Адрес

E-Mail-Adresse¹⁾

Mobil¹⁾

← дата рождения

Rentenversicherungsnummer

Geburtsname²⁾ email

← гражданство

Geburtsort²⁾ место рождения

Staatsangehörigkeit²⁾

Angaben zum Personenkreis

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

ab/seit dem

Ich bin aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts

versicherungspflichtig

versicherungsfrei

in der Krankenversicherung.

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert etc.

← начало семестра

← галочка что Вы студент

Ich bin Student(in)

ab/seit dem

voraussichtlich bis

← учеба предварительно до
Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen!

Ich bin (z. B. selbstständig, Schüler/in, nicht berufstätig)

ab/seit dem

Ich bin arbeitslos ab/seit dem

und erhalte/erwarte ab/seit dem

Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II⁵⁾

Ich beziehe eine gesetzliche Rente ab/seit dem

bzw. habe Rente beantragt am

(gilt auch für ausländische Renten⁵⁾)

Ich habe rentenähnliche Einnahmen (Betriebsrente, Pension etc.) bzw. habe in den letzten zehn Jahren eine einmalige Kapitaleistung erhalten⁵⁾

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

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom

bis

bei der

Krankenkasse

selbst versichert

familienversichert über

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ich war seit

nicht gesetzlich versichert.

Grund (z. B. privat versichert, Ausland):

Anlass des Kassenwechsels

Änderung im Versicherungsverhältnis (bspw. Arbeitgeberwechsel)

Ablauf der Bindungsfrist

Erhöhung des Zusatzbeitrags durch bisherige Kasse

Allgemeine Angaben

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

Ich kenne weitere Personen, die sich für eine BARMER Mitgliedschaft interessieren könnten

Ich bevorzuge die Kommunikation auf Englisch

← если хотите общаться на английском

Unterschrift

← Дата, подпись



Datum, Unterschrift

Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung wird auch grundsätzlich die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung begründet, sofern keine Befreiung hiervon vorliegt.

¹⁾ Freiwillige Angabe.

²⁾ Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt.

³⁾ Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

⁴⁾ Einkommenserklärung auf gesondertem Vordruck.

⁵⁾ Bitte Nachweis beifügen.

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zum Zweck der Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. SGB V und zur Beitragserhebung nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Die BARMER speichert diese Daten für 9 Jahre. Die mit dem Versicherungsverhältnis zusammenhängenden Daten (§§ 288 SGB V, 99 SGB XI) werden für höchstens 30 Jahre gespeichert.

Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Gegen die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten können Sie bei uns oder bei der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Beschwerde einlegen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@barmer.de oder Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal.

GS-Nummer

GP-Nummer Vertriebspartner

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

Die Angaben für Ihren Ehegatten benötigen wir auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. Die Daten werden aufgrund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 10, 284, 289 SGB V) erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

	Ehe-/Lebenspartner ¹⁾	Angehörige(r)	Angehörige(r)	Angehörige(r)
Vorname				
Familienname				
Ggf. abweichende Anschrift				
Geburtsdatum				
Geburtsname ²⁾				
Geburtsort ²⁾				
Staatsangehörigkeit ²⁾				
Rentenversicherungsnummer				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Verwandtschaftsverhältnis (bitte ergänzen: Tochter, Sohn, Stief-, Pflege-, Enkel-, Adoptivkind)				
Ist der Ehegatte 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	Vorname	Vorname	Vorname
	Nachname	Nachname	Nachname	Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)				
Bestehen Personen-/Gesundheitsschäden? ³⁾	<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
Art				
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) Bruttoarbeitsentgelt bei geringfügiger Beschäftigung	€	€	€	€
c) geringfügige Beschäftigung von/bis				
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) ⁴⁾				
Klassenstufe/Fachsemester ⁴⁾				
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⁾ Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ²⁾ Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

³⁾ Diese Frage dient ausschließlich der Prüfung möglicher Erstattungs- und Ersatzansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unfallfolgen, Behandlungsfehler, Berufskrankheiten) ⁴⁾ Freiwillige Angabe