

**Ja, ich wähle die BARMER ab dem**   
Für meine Mitgliedschaft mache ich folgende Angaben:

### Persönliche Angaben

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

Straße/Hausnummer  Telefonnummer <sup>1)</sup>  Geburtsdatum

PLZ  Ort  E-Mail-Adresse <sup>1)</sup>  Mobil <sup>1)</sup>

Rentenversicherungsnummer  Geburtsname <sup>2)</sup>

Geburtsort <sup>2)</sup>  Staatsangehörigkeit <sup>2)</sup>

### 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.

bei Arbeitgeber/Firma, Anschrift

Ich bin Student(in) ab/seit dem  voraussichtlich bis  Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen!

Ich bin (z. B. selbstständig, Schüler/in, nicht berufstätig) ab/seit dem  ab/seit dem  <sup>4)</sup>

Ich bin arbeitslos ab/seit dem  und erhalte/erwarte ab/seit dem  Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II <sup>5)</sup>

Ich beziehe eine gesetzliche Rente ab/seit dem  bzw. habe Rente beantragt am  (gilt auch für ausländische Renten <sup>5)</sup>)

Ich habe rentenähnliche Einnahmen (Betriebsrente, Pension etc.) bzw. habe in den letzten zehn Jahren eine einmalige Kapitalleistung erhalten <sup>5)</sup>

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

### Unterschrift

Datum, Unterschrift

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

<sup>1)</sup> Freiwillige Angabe.

<sup>2)</sup> Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt.

<sup>3)</sup> Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

<sup>4)</sup> Einkommenserklärung auf gesondertem Vordruck.

<sup>5)</sup> 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](mailto: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 <sup>1)</sup>	Angehörige(r)	Angehörige(r)	Angehörige(r)
Vorname				
Familiennamen				
Ggf. abweichende Anschrift				
Geburtsdatum				
Geburtsname <sup>2)</sup>				
Geburtsort <sup>2)</sup>				
Staatsangehörigkeit <sup>2)</sup>				
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? <sup>3)</sup>	<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) <sup>4)</sup>				
Klassenstufe/Fachsemester <sup>4)</sup>				
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
-------	--------------	---

<sup>1)</sup> Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes <sup>2)</sup> Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt  
<sup>3)</sup> Diese Frage dient ausschließlich der Prüfung möglicher Erstattungs- und Ersatzansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unfallfolgen, Behandlungsfehler, Berufskrankheiten) <sup>4)</sup> Freiwillige Angabe