# Ich möchte Mitglied werden ab dem

BARMER

## Persönliche Angaben

Titel | Vorname | Name | Geburtsdatum

**Geschlecht**
○ weibl. ○ männl. ○ divers

Straße, Hausnummer | Telefonnummer (Freiwillige Angabe) | E-Mail-Adresse (Freiwillige Angabe)

PLZ | Ort | Geburtsname | Staatsangehörigkeit

Rentenversicherungsnummer | Geburtsort | Geburtsland

## Angaben zur Tätigkeit

☐ beschäftigt / angestellt bei _____ seit dem / ab _____

Aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts bin ich ○ versicherungspflichtig ○ versicherungsfrei

☐ in Ausbildung bei _____ seit dem / ab _____

☐ im Studium an der _____ *Bitte Nachweis beifügen*

☐ selbstständig, Schüler / in, nicht berufstätig _____ *Einkommenserklärung auf gesondertem Vordruck*

☐ arbeitslos und erhalte Arbeitslosengeld / Grundsicherung von _____ *Bitte Nachweis beifügen*

☐ im gesetzlichen Rentenbezug / ich habe eine gesetzliche Rente beantragt (gilt auch für ausländische Renten). *Bitte Nachweis beifügen*

☐ im Bezug von rentenähnlichen Einnahmen (z. B. Betriebsrente, Pension) bzw. habe in den letzten zehn Jahren eine einmalige Kapitalleistung erhalten. *Bitte Nachweis beifügen*

## Angaben zur Vorversicherung

Name der Krankenkasse _____ Startdatum _____ Enddatum _____

○ selbst versichert
○ familienversichert
○ nicht gesetzlich versichert

Bei familienversichert bitte den Namen und Vornamen des Versicherten angeben _____

Bei nicht gesetzlich versichert bitte den Grund angeben (z. B. privat versichert, Ausland) _____

**Anlass des Kassenwechsels**

○ Änderung im Versicherungsverhältnis (bspw. Arbeitgeberwechsel)
○ Ablauf der Bindungsfrist
○ Erhöhung des Zusatzbeitrages durch bisherige Kasse

## Familienversicherung

☐ Ich wünsche die kostenfreie BARMER-Familienversicherung meiner Angehörigen

## 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
I prefer communication in English

## Unterschrift

✗ _____

Datum, Unterschrift

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

***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. Unter* ***barmer.de/datenschutz*** *erhalten Sie weitere Informationen zur Datenverarbeitung. Dort erfahren Sie auch, welche Datenschutzrechte Sie haben und wie die Kontaktdaten der Barmer Datenschutzbeauftragten und Aufsichtsbehörden sind.*

**Einwilligung zu Werbezwecken (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO)** ○ ja ○ nein

*Ich willige ein, dass die BARMER meine angegebenen persönlichen Angaben speichert und nutzt um mich, auch unter Hinzuziehung eines beauftragten Dienstleisters, über die Vorteile, insbesondere das Service- und Leistungsportfolio der BARMER zu informieren, zu beraten und Meinungsforschung (z. B. Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenbindung) durchzuführen. Die Kontaktaufnahme erfolgt in Übereinstimmung mit den von mir angegebenen Daten über den entsprechenden Kontaktkanal. Die Einwilligung ist freiwillig und bleibt so lange gültig, bis Sie diese mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der BARMER, Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal oder per E-Mail an* ***service@barmer.de*** *widerrufen.*

**Wird von der BARMER ausgefüllt**

Filial-Nummer _____

GP-Nummer Vertriebspartner _____

16 1026