

Mitglied werden bei der BARMER

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

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 Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/20>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern 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 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!

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

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 noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

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

■ Ja, ich wähle die BARMER ab dem

Für meine Mitgliedschaft mache ich folgende Angaben:

BARMER

Persönliche Angaben

Name, Vorname	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	w = weiblich m = männlich d = divers u = unbestimmt
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	Telefonnummer ¹⁾	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse ¹⁾	<input type="text"/>	Mobil ¹⁾
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	Geburtsname ²⁾	<input type="text"/>	Geburtsort ²⁾	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit ²⁾

Angaben zum Personenkreis

Ich bin Auszubildende(r) Arbeitnehmer(in) Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) ab/seit dem

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

Ich bin arbeitslos ab/seit dem und erhalte/erwarte ab/seit dem Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II⁴⁾

Ich beziehe eine gesetzliche Rente ab/seit dem bzw. habe Rente beantragt am (gilt auch für ausländische Renten⁴⁾)

Ich habe rentenähnliche Einnahmen (Betriebsrente, Pension etc.) bzw. habe in den letzten zehn Jahren eine einmalige Kapitalleistung erhalten⁴⁾

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

Ich bin aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts versicherungspflichtig versicherungsfrei in der Krankenversicherung. Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert etc.

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.

¹⁾ Freiwillige Angaben.

²⁾ Angabe nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt.

³⁾ Einkommenserklärung auf gesondertem Vordruck.

⁴⁾ 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.

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

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Absender:

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift