



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BARMER** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BARMER** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BARMER** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BARMER** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich wähle die BARMER ab dem

Für meine Mitgliedschaft mache ich folgende Angaben:

BARMER

Persönliche Angaben

Name, Vorname		Titel		Geschlecht		Geburtsdatum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		<input type="text"/>	
Straße/Hausnummer		Telefonnummer ¹⁾		Handynummer ¹⁾		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ		Ort		E-Mail-Adresse ¹⁾		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer		Krankenversicherungsnummer		Geburtsname ²⁾		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Familienstand		Geburtsort ²⁾		Staatsangehörigkeit ²⁾		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ledig/nicht verheiratet		<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft ³⁾		<input type="text"/>	

Angaben zum Personenkreis

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

beschäftigt/tätig als 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 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 Kapitalleistung erhalten⁵⁾

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 Kündigungsbestätigung der Vorkasse ist beigefügt wird nachgereicht

familienversichert über Name, Vorname Geburtsdatum Versicherungsnummer

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

Allgemeine Angaben

Es bestehen Personen-/Gesundheitsschäden⁶⁾

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

Unterschrift

Datum <input type="text"/>	Unterschrift <input type="text"/>	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 6) Die Frage dient ausschließlich der Prüfung möglicher Erstattungs- oder Ersatzansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unfallfolgen, Behandlungsfehler, Berufskrankheiten).

Hinweis: Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist aufgrund der Bestimmungen der §§ 206 SGB V und 50 SGB XI erforderlich. Fehlende, falsche oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) führen.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragservice Barmer
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

