

Zur **Information**: Die Erhebung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 53 SGB V. Die BARMER löscht die Daten 6 Jahre nach Ende des Wahltarifes. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Absender

Barmer

Ihr Schreiben vom
Versichertennummer

Teilnahmeerklärung – Wahltarif _____

Ja, ich möchte ab _____ den Wahltarif _____ in Anspruch nehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die BARMER zu diesem Zweck auf meine persönlichen Daten sowie auf die Kontoangaben des beigefügten Lastschriftmandats zurückgreift, um meine persönliche Prämie auszuzahlen.

Soweit der Selbstbehalt die Prämie übersteigt, ermächtige ich die BARMER entsprechend des beigefügten Lastschriftmandats, den Differenzbetrag zu Lasten dieses Kontos einzuziehen. Mit der Übermittlung meiner Daten an das genannte Geldinstitut bin ich einverstanden.

Datum/Unterschrift der/des Versicherten

Telefonnummer (freiwillige Angabe)
