



Markus Kammler
Versicherungsservice GmbH

Goldene Ringgasse 3
91541 Rothenburg

Tel.: +49(0)9861 - 72 00
Fax: +49(0)9861 - 74 00
WhatsApp: +49(0)9861 - 72 00
www.Kammler-Versicherungen.de
Info@Kammler-Versicherungen.de

Wie werden Sie Mitglied?

Es ist ganz einfach!

Schritt 1 von 2:

Antrag (Folgeseiten) ausfüllen, unterschreiben und an
senden.

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich! Nach dem
Eingang Ihrer Mitgliedschaftserklärung übernehmen wir alle weiteren
Formalitäten.

Bitte beachten: Beim Kassenwechsel ist die genaue Angabe Ihrer bisherigen
Kasse unbedingt notwendig, sonst kann der Antrag nicht erfolgreich bearbeitet
werden und Ihre Mitgliedschaft kommt nicht zustande!

Bitte senden Sie Ihren Antrag ausschließlich an uns:

- Direkt auf unserer Homepage hochladen
- Per Mail an: info@kammler-versicherungen.de
- Per Fax an: 09861 – 74 00
- Per WhatsApp: 09861 – 72 00
- Per Post an: Markus Kammler Versicherungsservice GmbH,
Goldene Ringgasse 3, 91541 Rothenburg

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren!

Als Arbeitnehmer müssen Sie unbedingt innerhalb von zwei Wochen Ihren
Arbeitgeber über den Kassenwechsel informieren.

Auch hier unterstützen wir Sie! Nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrages
senden wir Ihnen eine Wechselmitteilung an Ihren Arbeitgeber. Diese können Sie
einfach bei der Personalabteilung abgeben. Achtung: Die Bescheinigung erhalten
Sie nur, wenn Sie den Antrag (wie oben beschrieben) an uns gesendet haben!

Schon geschafft!

Sie erhalten, in der Regel, nach wenigen Tagen Post von Ihrer gewählten
Krankenkasse!

Unsere Servicezeiten:
Montag – Freitag 09:00 – 12:00 Uhr
Mittwoch 15:00 – 18:00 Uhr
oder nach Vereinbarung!

Bankverbindung:
IBAN: DE40765600600001224506
BIC: GENODEF1ANS
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE53ZZZ00001772930

Geschäftsführer: Markus Kammler
Finanzamt Ansbach
Steuernr.: 203/118/31489
Registernr.: D-AX0Y-000AV-25
Amtsgericht Ansbach, HRB 2185

Meine Wahl – AOK Bayern.

Kassensuche GmbH, Portal: gesetzlicheKrankenkassen.de



Ich werde vorbehaltlich eines Ausbildungsvertrages
 mit Beginn meines Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnisses
 ab _____ Mitglied der AOK. Ich bin über mein Krankenkassenwahlrecht informiert.

Name* _____ Vorname* _____ Geburtsdatum* _____ männl.* weibl.*

Geburtsname* _____ Geburtsort* _____ Staatsangehörigkeit* _____

Straße und Hausnummer* _____ Postleitzahl und Wohnort* _____

Telefon (für Rückfragen) _____ Mobil _____ E-Mail _____

bisherige Krankenkasse _____ von – bis _____

Ich war bisher:* familienversichert privat krankenversichert nicht versichert
 Mein Beschäftigungsverhältnis besteht/beginnt* Mein Ausbildungsverhältnis beginnt voraussichtlich*

am/seit* _____ bis* _____ als _____

Name des Arbeitgebers* _____ Betriebsnummer (falls bekannt) _____

Straße und Hausnummer* _____ Postleitzahl und Ort* _____

Ich habe Angehörige, die ich bei der AOK Bayern mitversichern möchte: ja nein

Ich beauftrage die AOK Bayern,

- meinen Arbeitgeber über meine Kassenwahl zu informieren.
- den Sozialversicherungsausweis für mich bei der Rentenversicherung zu beantragen.
- die Rentenversicherungsnummer für mich bei der Rentenversicherung zu beantragen.

Die Rentenversicherungsnummer liegt vor:

Datenschutzhinweis/Zweckbestimmung:

Mit der Angabe Ihrer oben genannten Daten erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Vertriebspartner diese zur Abrechnung mit der AOK Bayern verarbeitet und an die AOK Bayern übermittelt und dass die AOK Bayern dem Vertriebspartner den Beginn der Mitgliedschaft mitteilt. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V zum Zwecke der Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfeld eingerichtet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Bayern oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung (siehe Einwilligung im Anschluss an diesen Datenschutzhinweis). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Wir benötigen für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter www.aok.de/bayern/widerruf wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter datenschutz@by.aok.de.

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten bis auf Widerruf verarbeitet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherten
(bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten) _____

BI-Nummer/Name, Vorname des AOK-Mitarbeiters _____

Geschäftspartnernummer
des Vertriebspartners _____