



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

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"/>	
PLZ	Ort	E-Mail-Adresse ¹⁾		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	Geburtsname ²⁾		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Familienstand	Geburtsort ²⁾		Staatsangehörigkeit ²⁾	
<input type="checkbox"/> ledig/nicht verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft ³⁾	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Angaben zum Personenkreis

Ich bin Auszubildende(r) Arbeitnehmer(in) Gesellschafter(in)/Geschäftsführer(in) ab/seit dem Ich bin aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts versicherungspflichtig versicherungsfrei in der Krankenversicherung. Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert etc.

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 ⁴⁾

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)

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 Versichertennummer

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, Unterschrift

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- bzw. Ersatzansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unfallfolgen, Behandlungsfehler, Berufskrankheiten – §§ 102ff., 116 SGB X). Die BARMER speichert diese Daten für 6 Jahre und löscht sie anschließend.

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.

GS-Nummer

GP-Nummer Vertriebspartner