



**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](mailto: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

Bitte zurück an:

Markus Kammler Versicherungsservice GmbH  
info@kammler-versicherungen.de



- PARTNERVERTRIEB -

# MITGLIEDS ANTRAG

<input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit <b>ab</b>		Datum		
Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Divers <input type="checkbox"/>	Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon/Handy (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)		
Straße		Nr.	PLZ	Ort
Rentenversicherungsnummer (RVNR)			Wohnhaft bei	
Geburtsname <i>Name at birth</i>		Geburtsort <i>Place of birth</i>		Nur ausfüllen, wenn noch keine Deutsche Rentenversicherungsnummer vorliegt. <i>Only complete if pension insurance number has not been issued yet.</i>
Staatsangehörigkeit <i>Citizenship</i>		Geburtsland <i>Country of birth</i>		

## VERSICHERUNGSRECHTLICHE ANGABEN (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> Student(in) <sup>1</sup>	Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn	
Name Arbeitgeber/Hochschule		
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt	Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert		Einmalige Einnahmen
		Summe
		Euro
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	ab	
<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus	<input type="checkbox"/> Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus	
<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf	<input type="checkbox"/> Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab	Datum	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am	Datum	
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig	Wöchentliche Arbeitszeit	
<input type="checkbox"/> Ich mache ein Duales Studium		
<input type="checkbox"/> Ich arbeite neben dem Studium	Stunden	
Ich habe mich befreien lassen von:		
<input type="checkbox"/> Krankenversicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungspflicht	
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungspflicht		
<input type="checkbox"/> Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung ausgeschlossen/erloschen		

## LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

Versichert von/bis	-	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
Name und Ort der Krankenkasse		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Name des Hauptversicherten
		<input type="checkbox"/> privat versichert	
		<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	

## ELTERNEIGENSCHAFTEN

Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)<sup>1</sup>

**X**

Datum, Unterschrift

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.

## ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder) die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Partnernummer																			
Vermittlernummer																			

<sup>1</sup> Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.