



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 beantrage zum die Mitgliedschaft bei der HEK und sichere mir ein erstklassiges Leistungsangebot.

Persönliche Angaben

männlich weiblich divers

Titel und Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

PLZ

Ort

Telefonnummer¹

E-Mail-Adresse¹

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Haben Sie Kinder?

ja nein

Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehepartner_in, Lebenspartner_in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Mitgliedschaft (m/w/d) als

Arbeitnehmer

Auszubildender

freiw. Dienst
(FWD / FSJ / FÖJ)

Praktikant

Schüler

Student (bitte Immatrikulations-
bescheinigung beifügen)

dualer Student

Selbständiger /
Freiberufler

freiwillig Versicherter

freiberuflicher Künstler /
Publizist

Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Rente, Hinterbliebenenrente
und/oder Versorgungsbezügen

Weitere Tätigkeiten

Ich übe noch weitere
Beschäftigungen aus

Ich bin zusätzlich im
Beamtenverhältnis tätig

Ich bin zusätzlich
selbstständig tätig

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge^{plus}

Hinweis: Ihre freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Nur vom Vertriebspartner auszufüllen

7000031818

Stempel oder Name, PLZ, Ort

GP-Nummer

Bisherige Krankenversicherung

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Ort

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

Ich war zuletzt

privat versichert

im Ausland versichert

nicht versichert

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis (Bitte ausfüllen, wenn Sie Arbeitnehmer, in der Ausbildung, im dualen Studium, freiwilligen Dienst oder Praktikum sind.)

Name des Arbeitgebers

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer des Arbeitgebers
(bitte unbedingt angeben)

Faxnummer des Arbeitgebers

beschäftigt als

Beginn der Beschäftigung

Mein monatliches Entgelt beträgt

bis 450 Euro

bis 5.362,50 Euro

mehr als 5.362,50 Euro

Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.

Zahlt Ihr Arbeitgeber die Beiträge?

ja

nein

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. Ohne diese Informationen können wir Ihre Mitgliedschaft nicht herstellen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten erhalten Sie telefonisch oder online: www.hek.de/datenschutz

Freiwillige Angaben¹


Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät.

Hinweis: Ihre freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

¹ Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

 Datum und Unterschrift _____

 **Hotline**
0800 0 213 213 (kostenfrei)

 **E-Mail**
kontakt@hek.de

 **Website**
hek.de