



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

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde Mitglied bei der hkk ab

.....

1 Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Familienstand
Telefon ¹⁾	Rentenversicherungsnr.
E-Mail ¹⁾	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder ²⁾ Nein Ja Bitte Nachweis beifügen.

2 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Beschäftigt ab	befristet bis	Name des Arbeitgebers
als		Straße, Hausnr.
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR	PLZ, Ort
Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Telefonnummer
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein	Ja, welches?
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein	Ja, die Verträge sind beigefügt
Ich bin arbeitslos und bekomme ²⁾	Arbeitslosengeld I	Arbeitslosengeld II ab
Beantragt am	Stammnummer	
Zuständige Agentur für Arbeit/sonstige		
Zuletzt vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied	Familienangehörige/r
von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse
Ich bin selbstständig tätig	Nein Ja	Beamter / Pensionär
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen ²⁾	Nein Ja	Mehrfachbeschäftigung
Rentantrag gestellt	Nein Ja	Student
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit ²⁾		Nein Ja

3 Ich beauftrage die hkk

..... meine Familienangehörigen beitragsfrei in der Familienversicherung mitzuversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

4 Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

- Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.
- Ich willige ein, dass die hkk im Rahmen der Mitteilungspflichten meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die hkk unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll.
- Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum
Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter hkk.de/datenschutz.

Unterschrift

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.
²⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Hinweis: Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.