



**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](http://www.Kammler-Versicherungen.de)  
[Info@Kammler-Versicherungen.de](mailto: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

# Mitgliedsantrag Berufstätige | Auszubildende

**Ja, ich möchte ab dem .....** **Mitglied der BKK firmus werden!**

**Persönliche Angaben:**  Frau  Herr

**Angaben für die Versicherung bei der BKK firmus:**

Name

Ich bin tätig als \_\_\_\_\_ beschäftigt seit/ab dem \_\_\_\_\_

Vorname

Name des Arbeitgebers

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

PLZ | Ort

Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt ca. € \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben:**

E-Mail

Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in

Ich bin Gesellschafter/-in und/oder Geschäftsführer/-in einer GmbH

\_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

**Rentenbezug:**

sonst: Geburtsort, -land \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension).

Staatsangehörigkeit

von: \_\_\_\_\_

**Familienstand**

- ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  
 verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft

**Lichtbild für die eGK:**

**Das Passfoto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)**

- lege ich bei  reiche ich nach  liegt bereits vor

**Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis:**

Meine bisherige Krankenkasse

Ort

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Versichertennummer (Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte.)

**Art der bisherigen Versicherung**

- pflichtig  freiwillig  privat  familienversichert

**Angaben zur Familie:**

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern:  Ja  Nein

- Ehegatte  Lebenspartner  Kind/er

**Den Antrag auf Familienversicherung**

- lege ich bei  reiche ich nach  bitte zusenden

**Datenschutz und Einwilligung:**

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Nachname, Vorname des Ehegatten/Partners

x

Krankenkasse des Ehegatten/Partners

Datum

Unterschrift

VP-Nummer: 99