



**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

Nur durch die mhplus zu befüllen: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter:

Ich möchte ab dem   Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied der mhplus werden.  Vermittlernummer

### Meine Daten

Name  Vorname   
Straße  Hausnummer   
PLZ  Ort   
Nationalität  Bundesland   
Telefon  E-Mail  (freiwillige Angabe)  
Familienstand  Geschlecht  weiblich (w)  männlich (m)  divers (d)  unbestimmt (x)

Sozialversicherungsnummer:

Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:

Geburtsdatum  Geburtsname   
Geburtsort  Geburtsland

Meine Steuer-ID  (Diese finden Sie auf Ihrem Steuerbescheid.)

### Anlass der Mitgliedschaft

Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert. (z.B. Wechsel des Arbeitgebers)  Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis)  
 Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.  Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.  
 Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.  Sonstiges:

Ich bin  Arbeitnehmer/in  Auszubildende/r  duale/r Student/in  
 Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert. Dies gilt, wenn das Jahresgehalt über 64.350,00 Euro liegt.  
 Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.  
 Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.  
Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung:  Ich habe Kinder (bitte **Nachweis** mitsenden).  
 Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte **Bescheid** mitsenden). Ich habe  Arbeitslosengeld  Arbeitslosengeld II beantragt.

Hinweis: Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen

### Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen - immer 8-stellig.)

Firmenname  Telefon   
Adresse   
Betriebsnummer  beschäftigt seit

### Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte **Folgeseite** ausfüllen).  
 Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte **Rentenbescheid** mitsenden).  
 Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte **Bescheid** der Versorgungsstelle mitsenden).  
 Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des **Bescheides** mitsenden).  
 Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

### Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Ich war bisher  pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert  privat versichert  im Ausland versichert  
Name der **bisherigen Krankenkasse**  vom  bis zum   
 Ich habe dort an einem Wahltarif teilgenommen.

### Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.  Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.  Der Antrag liegt bei.

Datum  Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

TTMMJJJJ

TTMMJJJJ

Ich bin

Beamter/Beamtin Pensionär/in Hausfrau/Hausmann Sozialhilfeempfänger/in
Schüler/in (bitte Schulbescheinigung mitsenden) Student/in (bitte Studienbescheinigung mitsenden)
Rentner/in (bitte Rentenbescheid mitsenden) Rente wurde beantragt Antragsdatum: TTMMJJJJ

selbstständig als: Existenzgründer/in mit Gründungszuschuss (bitte Bescheid mitsenden)

Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:

Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden:
Anzahl Beschäftigte: davon geringfügig Beschäftigte:
Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.
Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro (jährlich 58.050,00 Euro).
Mein Ehegatte ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte Einkommensnachweise mitsenden).
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): davon gemeinsame Kinder

Angaben zu Ihren Einnahmen

Table with 4 columns: Einnahmeart, monatlich Euro, jährlich Euro, and Nachweise. Rows include: Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Rente(n), Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe/Grundsicherung, Sonstige Einnahmen.

Meine Einnahmen liegen unter 1.096,67 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige:

TTMMJJJJ

Vorname, Name, Geburtsdatum des/der gesetzlichen Vertreter/s und eventuell abweichende Anschrift

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

Ich habe Kinder (bitte Nachweis, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen informiere ich Sie gleich. Dazu sende ich Ihnen geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid). Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Nachberechnung des Beitrages führen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Datum

Unterschrift