



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon: +49 (0)345 6826600
Telefax: +49 (0)345 6826629
E-mail: info@krankenkassennetz.de
Website: www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **AOK Hessen** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Hessen wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **AOK Hessen** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Wenn Du den Krankenkassenwechsel zur AOK Hessen durchführst, werden von der AOK Hessen zu Abrechnungszwecken für die erfolgreiche Vermittlung der zustande gekommenen Mitgliedschaft die folgenden personenbezogenen Daten an die krankenkassennetz.de GmbH weitergegeben: „Vorname, Nachname, Mitgliedschaft erfolgt“.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftserklärung



vermittelt durch:
krankenkassennetz.de GmbH

Ich möchte Mitglied der AOK Hessen werden ab

(Der Beginn der Mitgliedschaft kann sich verschieben, z. B. aufgrund einer Bindungsfrist bei Ihrer letzten Krankenkasse. Wir versichern Sie dann zum nächstmöglichen Termin.)

Persönliche Angaben

Titel Nachname Vorname

Geburtsname (nur wenn keine Rentenversicherungsnummer besteht)

Geburtsort Geburtsland Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt

Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

Adressdaten

PLZ Ort Straße Hausnr.

Adresszusatz Land

E-Mail-Adresse* Telefonnummer* Mobilfunknummer*

Krankenversicherungsnummer Rentenversicherungsnummer
(Die Nummer finden Sie auf Ihrer Gehaltsabrechnung oder Ihrem Rentenbescheid, z. B. 12 123456 M 123.)

Steuerliche Identifikationsnummer (Nur notwendig, wenn die Anlagen Freiwillig oder Studierende ausgefüllt werden.)

Bitte geben Sie Ihre steuerliche Identifikationsnummer (Steuer-ID) an. Wir sind gesetzlich verpflichtet, die Höhe Ihrer gezahlten und erstatteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu melden. Wenn Sie uns Ihre Steuer-ID nicht mitteilen, werden wir sie beim BZSt bzw. Ihrem zuständigen Finanzamt abfragen.

Geschäftspartnernummer (wird von der AOK ausgefüllt)

* Angabe freiwillig.

Anlage Allgemein

Angaben zum Status der Kundin bzw. des Kunden

Beschäftigungsverhältnis Ausbildungsverhältnis/Duales Studium Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges Soziales Jahr

Künstler/-in oder Publizist/-in Sonstiges _____
(z. B. Reha, Erziehungsgeldbezug etc.)

beginnt am/besteht seit

Betriebsnummer

Arbeitgeber

Telefonnummer*

PLZ

Ort

Straße

Hausnr.

Arbeitslosengeld _____
beginnt am/besteht seit

Kundennummer

Agenturnummer

Name und Sitz der Agentur für Arbeit

Bürgergeld _____
beginnt am/besteht seit

Agenturnummer

Betriebsnummer

Kundennummer

Name und Sitz des Trägers

Rentenbezüge von der deutschen Rentenversicherung

Rentenantragstellung

Bezug einer ausländischen Rente

Versorgungsbezug (z. B. Betriebsrente/Pension), auch aus dem Ausland

beginnt am/besteht seit

* Angabe freiwillig.

Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf

(Bei einer freiwilligen Versicherung geben Sie bitte die letzten 5 Jahre an.)

Bisherige Versicherung

eigene Mitgliedschaft
 familienversichert
 keine gesetzliche Krankenversicherung

von
 bis
 Name der letzten Krankenkasse

eigene Mitgliedschaft
 familienversichert
 keine gesetzliche Krankenversicherung

von
 bis
 Name der letzten Krankenkasse

Ich übe erstmals eine Beschäftigung in Deutschland aus:

ja
 Falls nein: Wo waren Sie vorher in Deutschland versichert?

Meldungsart (wird von der AOK ausgefüllt)

nicht notwendig
 Beginn Versicherungspflicht
 Beginn Versicherungsberechtigung
 Kündigung/Sonderkündigung

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht?

ja nein

Mein Passfoto für die neue elektronische Gesundheitskarte:

Habe ich bereits hochgeladen

Bitte senden Sie mir einen Bildbogen zu

Datenschutzhinweis

Für die Durchführung Ihrer Mitgliedschaft erheben und verarbeiten wir Ihre Daten. Dabei gelten die gesetzlichen Bestimmungen nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 175 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten ist keine Mitgliedschaft möglich. Empfänger Ihrer Daten können Dritte oder von uns beauftragte Partner sein (z. B. IT-Dienstleister). Den Rahmen dafür setzen die gesetzlichen Pflichten und Mitteilungsbefugnisse. Die mit „**“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Wir fragen danach, weil wir Ihnen schnell und direkt helfen möchten: zum Beispiel bei Rückfragen. Ihre weitergehende Einwilligung zur Datenverarbeitung (siehe unten) können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht wahrnehmen können Sie gegenüber der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, 64520 Groß-Gerau oder unter aok.de/hessen/einwilligungswiderruf. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung, zu Ihren Rechten und den Kontakt zu unserer/m Datenschutzbeauftragten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen die Informationen auch direkt zur Verfügung. Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg.

Einwilligung (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO)

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit ohne nachteilige Folgen widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Hessen meine angegebenen Daten verarbeitet, um mich über ihre Leistungen und zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Partners zu informieren und zu beraten. Dazu kann auch Meinungsforschung per E-Mail, Telefon oder SMS gehören, etwa zur Qualitätsmessung. Ich weiß, dass ein beauftragter Dienstleister eingeschaltet werden kann.

Ich bestätige, dass alle Angaben und meine Adresse korrekt sind.

Unterschriftsdatum
 Unterschrift Kundin/Kunde, bei unter 15-Jährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r
 Mitarbeitenden-ID extern (BP-Nummer)

Unterschriftsdatum
 Unterschrift Kundenberatung
 Mitarbeitenden-ID intern (BP-Nummer)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK in Hessen
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

