



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Hessen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Hessen** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **AOK Hessen** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **AOK Hessen** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK Hessen** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK Hessen** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

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 Freiwillig

Angaben zum Status der Kundin bzw. des Kunden

Arbeitnehmer/-in (Jahresarbeitsentgeltübergrenzer)

_____ Betriebsnummer	_____ Arbeitgeber	_____ Telefonnummer*
-------------------------	----------------------	-------------------------

_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße	_____ Hausnr.
--------------	--------------	-----------------	------------------

- erstmalige Aufnahme einer Berufstätigkeit in Deutschland
- Rückkehr in das Inland
- Die Beiträge sollen im Lastschriftverfahren eingezogen werden
- Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen

selbstständig

_____ selbstständige Tätigkeit als	_____ wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	_____ Anzahl pflichtversicherte Angestellte
---------------------------------------	--	--

Krankengeldanspruch

- ohne Anspruch auf Krankengeld
- Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit
- nicht erwerbstätig
- Sozialhilfe
- schwerbehindert im Sinne des SGB IX
- stationäre Einrichtung nach SGB XII
- Sonstiges** (z. B. Sprachkurs, Gasthörnde, verbeamtete Personen, Promotionsstudierende)

Einkünfte (Einkommensnachweise bitte beifügen)

Ich erhalte:

Einkünfte aus selbstständiger/ freiberuflicher Tätigkeit	_____ Euro pro Jahr	Arbeitsentgelt/Dienstbezüge	_____ Euro pro Jahr
Gründungszuschuss/ Gründungsbeihilfe	_____ Euro pro Jahr	zusätzliche Einmalzahlungen	_____ Euro pro Monat
Überbrückungsgeld	_____ Euro pro Monat	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	_____ Euro pro Monat
Renten (auch aus dem Ausland)	_____ Euro pro Monat	Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension), auch aus dem Ausland	_____ Euro pro Monat
Miet- und Kapitalerträge	_____ Euro pro Monat	sonstige Einkünfte	_____ Euro pro Monat

Haben Sie keine oder geringe Einkünfte angegeben, bitten wir um die Angabe, wie Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten (z. B. Zuwendungen der Eltern, von dem/der Lebenspartner/-in etc.). _____
Euro pro Monat

Mein/-e Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. Ehe- oder Lebenspartner ist nach dem LPartG: gesetzlich versichert nicht gesetzlich versichert** nicht versichert

** Falls nicht gesetzlich versichert:

Einkommen der/des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehe- oder Lebenspartnerin/Ehe- oder Lebenspartners (Einkommensnachweise bitte beilegen) _____
Euro pro Jahr

Anzahl der Kinder mit Anspruch auf eine Familienversicherung

leibliche Kinder/Adoptivkinder

Stiefkinder

Anzahl der Kinder ohne Anspruch auf eine Familienversicherung

leibliche Kinder/Adoptivkinder

Stiefkinder

Folgende Kinder sollen für meinen Pflegeversicherungsbeitrag berücksichtigt werden. (Für den Beitragsabschlag werden leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder unter 25 Jahren berücksichtigt.)

	Nachname	Vorname	Geburtsdatum
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ergänzende Angaben (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

Ich erhalte Rentenbezüge aus der gesetzlichen Rentenversicherung

 ja

 nein

Ich beziehe eine ausländische Rente

 ja

 nein

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension), auch aus dem Ausland

 ja

 nein

Ich habe Anspruch auf Beihilfe

 ja

 nein

Ich bin Gesellschafter/-in oder Geschäftsführer/-in

 ja

 nein

Wenn eine freiwillige Krankenversicherung nicht möglich ist, beantrage ich die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Ich beantrage eine Anwartschaftsversicherung (z. B. wegen Auslandsaufenthalt)

Bitte gewünschten Zeitrahmen eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis

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.

