

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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://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 Niedersachsen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Niedersachsen** 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](mailto:info@krankenkasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



Von der **AOK Niedersachsen** 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 Niedersachsen** wählen.

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

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschaftserklärung *freiwillige KV*

Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

Tag	Monat	Jahr

## Persönliche Angaben

Titel	Name

Vorname	Geburtsname

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers		
<input type="checkbox"/> männlich			
Geschlecht	Geburtsland	Geburtsdatum	

Staatsangehörigkeit/Nationalität	Geburtsort	Steuer-ID

PLZ	Wohnort

Straße, Hausnummer

Adresszusatz	Land	E-Mail-Adresse*

Krankenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer	Geschäftspartnernummer (wird von der AOK ausgefüllt)	

Vorwahl*	Rufnummer*	Mobilfunknummer*

\* freiwillige Angaben

## Angaben zum Status *(Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)*

<input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis (ü. Jahresarbeits- entgeltgrenze)	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Anwartschaftsversicherung (z. B. Auslandsaufenthalt)	<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung nach SGB XII	<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Studium, Fachschule, Universität, Meisterschule, Gast- studium, Promotionsstudium, Rente beantragt oder bewilligt, verbeamtet, Ende einer Pflichtmitgliedschaft, Beginn/Ende der Familienversicherung, Rückkehr ins Inland, Sprachkurs, künstlerische/publizistische Tätigkeit)		

Ihr Status

## Arbeitnehmer/-in (über Jahresarbeitsentgeltgrenze)

<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung kürzer als 6 Wochen	<input type="checkbox"/> Erstmalige Aufnahme einer Berufstätigkeit in Deutschland	<input type="checkbox"/> Rückkehr in das Inland
---	--	---

Betriebsnummer	Arbeitgeber	Telefonnummer*

PLZ	Ort	Straße, Hausnummer

\* freiwillige Angaben

## Selbstständig

Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	Anzahl pflichtversicherte Beschäftigte

Krankengeldanspruch	<input type="checkbox"/> ohne Anspruch auf Krankengeld	<input type="checkbox"/> Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit
---------------------	--	--

## Anwartschaftsversicherung

von		bis		



**Einkünfte** (Einkommensnachweise bitte beifügen)

Einkünfte aus selbstständiger/  
freiberuflicher Tätigkeit

\_\_\_\_\_ Euro pro Jahr

Arbeitsentgelt/Dienstbezüge

\_\_\_\_\_ Euro pro Jahr

Gründungszuschuss/  
Gründungsbeihilfe

\_\_\_\_\_ Euro pro Monat

Zusätzliche Einmalzahlungen

\_\_\_\_\_ Euro pro Monat

Überbrückungsgeld

\_\_\_\_\_ Euro pro Jahr

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 nur geringe Einkünfte angegeben, bitten wir um Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten  
(z. B. Zuwendungen der Eltern, vom Lebenspartner etc.)

Mein Ehe-/Lebenspartner  
(nach dem LPartG) ist:

gesetzlich versichert

nicht gesetzlich versichert  
(Einkommensnachweis bitte beifügen)

nicht versichert

Ich habe Kinder gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz (z. B. leibliche Kinder oder Adoptivkinder)  
(Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern erforderlich)

Ja

Nein

Die Beiträge sollen im Lastschriftverfahren eingezogen werden. (SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt bzw. wird nachgereicht)

Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen

**Ergänzende Angaben** (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

Rentenbezüge aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Ja

Nein

Bezug ausländische Rente

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Anspruch auf Beihilfe

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

IK-Nr. d. letzten Krankenkasse  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ Name der letzten Krankenkasse

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

**Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf der letzten 5 Jahre** (Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern erforderlich)

AOK-Niedersachsen-versichert

Fremdkasse

\_\_\_\_\_

von

\_\_\_\_\_

bis

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

\_\_\_\_\_

Betriebs-Nr. d. letzten Krankenkasse  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_

IK-Nr. d. letzten Krankenkasse  
(wenn familienversichert)  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ Name der letzten Krankenkasse

\_\_\_\_\_

von

\_\_\_\_\_

bis

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

\_\_\_\_\_

Betriebs-Nr. d. letzten Krankenkasse  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_

IK-Nr. d. letzten Krankenkasse  
(wenn familienversichert)  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ Name der letzten Krankenkasse

**Art der Meldung**

nicht notwendig

Beginn Vers.-  
berechtigung

Kündigung/Sonderkündigung

## Familienversicherung

Sind Familienangehörige vorhanden?  Ja  Nein

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht?  Ja  Nein

Familienfragebogen  ist beigefügt  wird nachgereicht  bitte zusenden

## Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mein Passfoto für die eGK  füge ich mit dem Bildbogen bei  reiche ich mit dem Bildbogen nach  
 bitte senden Sie mir einen Bildbogen

## Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Niedersachsen oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o.a. Daten Ihre Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DSGVO. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Niedersachsen, Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: AOK.Service@nds.aok.de. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/nds/datenschutzrechte](http://aok.de/nds/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [Datenschutz@nds.aok.de](mailto:Datenschutz@nds.aok.de).

## Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst auch den telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und ich kann sie jederzeit widerrufen. Es gelten die in den allgemeinen Informationen „Hinweise zur Datenverarbeitung durch die AOK Niedersachsen“ genannten Betroffenenrechte.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Unterschriftsdatum

\_\_\_\_\_  
Ihre Unterschrift  
(bei unter 18-Jährigen Unterschrift d. gesetzlichen Vertretung)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Vergleichsportal krankenkasseninfo.de

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kundenberater/-in/Ansprechperson im Betrieb

Mitarbeiter ID intern (BP-Nummer)

Typ



Eingangsstempel

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK Niedersachsen  
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.**

