



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 Plus** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Sachsen oder Thüringen 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 Plus** 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.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Vermittlungsauftrag für Pflichtversicherte

Ich beauftrage die hier genannte Person mit der Vermittlung einer Mitgliedschaft bei der AOK PLUS

ab _____

Stempel Vermittler/-in

krankkassennetz.de GmbH

Name, Vorname (Vermittler/-in)

GP 3 4 0 4 4 4 2 7 2 2 4

AOK PLUS Partnernummer

Persönliche Angaben (Pflichtfelder)

Name _____

Vorname _____

Geburtsname _____ Titel _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Geschlecht (m/w/d) _____

Geburtsort _____ Geburtsland _____

Telefon*/Handy* _____

E-Mail* _____

Rentenversicherungsnummer _____

Ich möchte mich versichern als:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Arbeitnehmer/-in Arbeitslosengeldempfänger/-in
 Auszubildende/-r Bürgergeldempfänger/-in
 Saisonarbeiter/-in (Unterlagen zur Saisontätigkeit wurden ausgegeben)
 Mehrfachbeschäftigte/-r

Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/ARGE/Kommune _____ Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/ARGE/Kommune _____

Betriebs-/Kundennummer _____ Betriebs-/Kundennummer _____

Telefonnummer _____ Telefonnummer _____

Straße, Nr. _____ Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ PLZ, Ort _____

Rentenanspruch Rentenbezug Versorgungsbezug

Rentenart/Rententräger _____ Art des Versorgungsbezuges und Zahlstelle _____

Sonstige _____

Pflegebedürftigkeit

*freiwillige Angaben

Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/eingetragene/n Lebenspartner/-in/Kinder). ja nein

Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung

Ich war familienversichert bei

Name, Vorname, Geburtsdatum

Krankenkassenart

Bei Vorversicherung im Ausland

- 01 vorher bei AOK PLUS versichert
02 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
03 ohne deutsche Vorversicherung

Freie Heilfürsorge

- 51 vorher bei AOK PLUS versichert
52 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
53 ohne deutsche Vorversicherung

Sonstige Versicherung

- 91 vorher bei AOK PLUS versichert
92 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
93 ohne deutsche Vorversicherung

KV der Bahnbeamten (KVB)

- 71 vorher bei AOK PLUS versichert
72 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
73 ohne deutsche Vorversicherung

Private Krankenversicherung

- 41 vorher bei AOK PLUS versichert
42 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
43 ohne deutsche Vorversicherung

Keine Versicherung

- 61 vorher bei AOK PLUS versichert
62 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
63 ohne deutsche Vorversicherung

Postbeamtenkrankenkasse

- 81 vorher bei AOK PLUS versichert
82 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert
83 ohne deutsche Vorversicherung

Krankenversicherungswechsel auf Grund von:

0. Kein Meldeverfahren notwendig
 1. Beginn Versicherungspflicht (z. B. Arbeitgeberwechsel, Wechsel in Arbeitslosengeld)
 3. Kündigung bzw. Sonderkündigung
 4. Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
 5. Errichtung/Ausdehnung einer BKK

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datenschutzrechte

Datenschutzhinweis:

Die AOK PLUS benötigt für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. 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. Sofern ein Lichtbild übermittelt wird, wird dieses zur Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nach den §§ 291, 291a SGB V erhoben und verarbeitet. Die Erhebung und Übermittlung der Daten an die AOK PLUS erfolgt auf Grundlage des Artikels 6 (1) lit. B EU DS-GVO, um in Ihrem Sinne die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zu vermitteln.

Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen, bitten wir Sie auch um die freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail Adresse. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder durch die AOK PLUS beauftragte Dienstleister sein. Die Einwilligung zur Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) Ihrer Daten durch die AOK PLUS erfolgt auf freiwilliger Basis. Wenn Sie einwilligen, nutzt die AOK PLUS Ihre Daten schriftlich oder telefonisch für weitere Informationen oder Beratung zu den Vorteilen der AOK PLUS oder zu privaten Zusatzversicherungen unserer Vertragspartner. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der AOK PLUS widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/plus/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an: Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden, per E-Mail unter datenschutz@plus.aok.de oder über das Kontaktformular auf plus.aok.de/datenschutzbeauftragter.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK PLUS meine angegebenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK, zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK zu informieren und zu beraten sowie um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustandekommt. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Daten werden dann bei der AOK PLUS gelöscht.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben, inklusive der Adressdaten. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unaufgefordert informieren.

Erklärung zur Krankenkassenwahl

Ich bin über mein Wahlrecht informiert und wähle die AOK PLUS als meine zukünftige Krankenkasse. Ich bestätige, dass mir bewusst ist, dass ausschließlich die AOK PLUS über das Zustandekommen oder Nichtzustandekommen meiner Mitgliedschaft aufgrund des Vermittlungsauftrages entscheidet.

Einwilligung zur Datenübermittlung

Mit meiner Unterschrift

- beauftrage ich den genannten Vermittler, meinen Vermittlungsauftrag an die AOK PLUS zu übermitteln.
- erkläre ich mein Einverständnis damit, dass die AOK PLUS an den genannten Vermittler für Abrechnungszwecke meine Identifikationsdaten und die Informationen übermittelt, ob und gegebenenfalls ab wann eine Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zustande gekommen ist.

Stempel AOK PLUS Mitarbeiter/-in

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Kunze
Unterschrift Vermittler/-in

Mitarbeiter/-in der AOK PLUS und KI-Kennung

Füllt die AOK PLUS aus. HB FB Fil MwM

VM: _____ GP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Name, Vorname, AOK PLUS Partnernummer

Postkz.: _____ Tel Br VA TS AE, Datum _____ Bild für eGK vorhanden

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Plus
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.

