



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Wenn Du dich studentisch krankenversichern musst ist das bei der **AOK Hessen** unkompliziert möglich, wenn du in Hessen wohnst oder studierst.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag im Freiumschlag zu uns.

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

Die **AOK Hessen** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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 Studierende

Studium    
  Ausbildung ohne Entgelt    
  Praktikum ohne Entgelt oder Schule bzw. Ausbildung auf dem 2. Bildungsweg

Name und Anschrift der Hochschule/Ausbildungsstätte

staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule    
   
 Studiengang/Fachrichtung

           
 Tag der Einschreibung     Semesterbeginn     voraussichtliches Studienende

Erststudium      ja      nein       
 erstmaliger Studienbeginn

Erwerb der Hochschulreife auf dem 2. Bildungsweg      Verlängerungsgründe liegen vor (z. B. Wehr-/Zivildienst)

BAföG-Bezug bzw. BAföG beantragt      Befreiung von der Krankenversicherungspflicht der Studierenden wurde in der Vergangenheit durchgeführt

Ausübung einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit      bei ausländischen Studierenden: Es besteht Anspruch auf Leistungen nach dem über-/zwischenstaatlichen Recht

                
 Art der Beschäftigung     von     bis     Höhe der monatlichen Einnahmen

      
 wöchentliche Arbeitszeit in Stunden     Name und Anschrift des Arbeitgebers

**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"/> |

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

Ich zahle den gesamten Semesterbeitrag im Voraus

### 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

## 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](http://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](http://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.**

