



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 Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **AOK Sachsen-Anhalt** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.

Von der **AOK Sachsen-Anhalt** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **AOK Sachsen-Anhalt** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **AOK Sachsen-Anhalt** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Antrag zur gesetzlichen Krankenversicherung

Ich möchte Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse werden ab:

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
PLZ, Wohnort/ggf. Ortsteil:		Rentenversicherungs-Nr.:	
Straße, Hausnummer:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefonnummer:

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

(Bitte alle zutreffenden Punkte ausfüllen!)

- Ausbildungsverhältnis   
  Beschäftigungsverhältnis   
  ALG I Bezieher   
  ALG II Bezieher\*  
 Rentner   
  Familienversicherter   
  Saisonarbeiter   
  Sonstiges

als  Tätigkeit/Rentenart besteht seit  beginnt am

bei  Name Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger     Telefon

Anschrift Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger     Betriebsnummer/Kundennummer

## Leistungsbezug der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

Ich beziehe seit:   Krankengeld     Pflegegeld     Witwenrente\*\*/Waisenrente o. a.

\*\*RV-Nr. des Verstorbenen  Name des Verstorbenen  bei folgendem Rentenversicherungsträger/Versorgungsamt

## Angaben zur bisherigen Versicherung der letzten 18 Monate

von	bis	Name der Krankenkasse	pflicht-versichert	freiwillig-versichert	hauptberuflich selbständig	familien-versichert	nicht versichert*	privat-versichert*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*) Bitte Versicherung der letzten 5 Jahre angeben, wenn das neue Mitglied das 55. Lebensjahr vollendet hat (AOK-Text AR0009 ausfüllen!)  
 Bitte Checkliste SG0011 ausfüllen, wenn das neue Mitglied ALG II beantragt hat und vorher privat versichert oder ohne Krankenversicherung war!

Die Original-Kündigungsbestätigung ist beigelegt  reiche ich nach  ist nicht erforderlich

## Familienangehörige

Ich habe keine Angehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Angehörigenverhältnis (Ehegatte, Kind, Stiefkind)	Familienversicherung wird gewünscht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:

Wenn ja, Anlage Fami-Bogen ausfüllen (AOK-Text MA0470)!

## Datenschutzhinweis/Einwilligungserklärung

**Datenschutzhinweis:** Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrags einige persönliche Angaben. Diese Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§10, 284 SGB V) zu erheben. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen, bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail Adresse.

**Einwilligungserklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Sachsen-Anhalt meine angegebenen Daten (bzw. die meiner Tochter/meines Sohnes) für maximal 4 Jahre 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, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum     Unterschrift des Kunden (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)     Unterschrift des AOK-Beraters

## Interne Bearbeitungsvermerke

Name, Vorname (Mitarbeiter) in Druckschrift	Orga-Einheit:	LI-Kennung:
Name, Vorname (externer Werber) in Druckschrift	Geschäftspartnernummer:	

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK Sachsen-Anhalt  
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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

