krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)



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 Bayern** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Bayern 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 Bayern** 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



Anmeldung

Ich möchte Mitg	lied der AOK Bayerr	n werden. Gewünschter	Versicherungsbeginn:	
Name*		Vorname*	Geburtsdatum*	männlich* weiblich* divers*
Geburtsname*		Geburtsort*	Geburtsland*	Staatsangehörigkeit*
Straße und Haus	snummer*		Postleitzαhl und W	ohnort*
Mobil			E-Mαil	
lch war bisher*	pflichtversichert familienversichert Krankenkasse			
Rentenversicher	ungsnummer (falls	vorhanden):		
lch bin*	Arbeitnehmer	/-in* 🔲 Selbständige	e/-r* Sonstiges*	
seit/am ab*				
Name des Arbeitgebers*			Betriebsnummer	
Straße und Haus	snummer*		Postleitzαhl und Ort	<u>t</u> *
Ich habe in Deuts	schland lebende An	gehörige, die ich bei der	AOK Bayern mitversichern	möchte: jα nein
Datenschutzhin	nweis			
V erforderlich. Ohn gesetzlicher Pflicht zeichneten Angabe Belangen der Krar widerrufen. Ausfüh	ne die erforderlichen Do en und Mitteilungsbefu n sind freiwillig, erlaub nkenversicherung. Ihr Ei rliche Angaben zum L	aten kann eine Mitgliedsch gnisse Dritte oder von uns b en uns aber eine schnelle ur inverständnis zur Nutzung Imfang der Verarbeitung II	aft nicht durchgeführt werden Deauftragte Dienstleister (.z.B. I' Ind unbürokratische Kontaktauf können Sie ohne nachteilige F	V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SG. Empfänger Ihrer Daten können im Rahme T-Dienstleister) sein. Die nicht mit "*" geken nahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu alle olgen jederzeit mit Wirkung für die Zukun Datenschutzerklärung, die im Internet unt
Einverständnise	erklärung zur Dater	nrückübermittlung an k	(ooperationspartner (Art.	6 Abs. 1 lit. α DSGVO
X Ich bin damit ei	nverstanden, dass die A	.OK Bayern meine angegebe	ige Folgen widerrufen werden. enen personenbezogenen Identifi ons– und Abrechnungszwecke z	ikationsdaten sowie Informationsdaten zum u übermitteln.
Datum der Erklö	(bei		schrift des Erziehungsbered terschrift die Richtigkeit de	chtigten) er oben gemachten Angaben.
nur von AOK und	d Kooperationspart	ner/-in zu füllen		
Krankenkassennetz.de		Vergleichspo	rtale/ 1212300012	
Name Kooperationspartner/-in		<u></u>		nterschrift Kooperationspartner/-in
Onli	newerbung / 1208	802141		

Betreuende/-r AOK-Mitarbeiter/-in (Name, BI-Nummer)

Porto zahlt Empfänger

Deutsche Post X

krankenkassennetz.de GmbH

Antragsservice AOK Bayern Waisenhausring 6 06108 Halle (Saale)

