



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.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 kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **AOK Bremen/Bremerhaven** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Bremen oder Bremerhaven 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@kranken Kassennetz.de).

Die **AOK Bremen/Bremerhaven** 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

Mitgliedschaftserklärung



Ich möchte ab
Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.

Name*

Vorname*

Geburtsdatum*

Geburtsort*

Geburtsname*

Straße/Haus-Nr.*

PLZ/Wohnort*

Telefon

E-Mail

Geschlecht* weibl. männl. Familienstand

Staatsangehörigkeit*

Ich war in den letzten 18 Monaten

	von	bis	Name der KK
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> familienvers. durch:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name des Mitglieds

Geburtsdatum

Angaben zur derzeitigen Beschäftigung

Mein Ausbildungsverhältnis

Mein Beschäftigungsverhältnis

besteht seit/beginnt am

endet vorauss. am

als

Name Arbeitgeber

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

monatliches Einkommen (brutto) in Euro

Ich bin arbeitslos Kunden-Nr.:

Ich bin Rentner(in)

Ich beziehe eine Rente aus dem Ausland ja nein

Anzahl Kinder

z. Z. familienversichert bei (Name der Krankenkasse)

Ich beantrage ihre Familienversicherung ja nein

Mehrwertangebote	Interesse	kein Interesse	beantragt
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK-Bonus-Wahltarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK plusCard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK-Prämienprogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 500 € PLUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die AOK

Ich beauftrage die AOK:

- von der Rentenversicherung die für mich notwendigen Unterlagen (Versicherungsnummer, -Ausweis) anzufordern,
- mir bei der Anrechnung von Schulzeiten (lt. Schulzeitbescheinigung) behilflich zu sein,
- meinen Arbeitgeber über meine AOK-Mitgliedschaft zu informieren.

Datenschutzhinweis: Wir benötigen für die Bearbeitung Ihrer Erklärung einige persönliche Angaben. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder eingerichtet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie weitere Informationen von der AOK, benötigen wir für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind.

Einwilligung: Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt (bei Nicht-AOK-Versicherten maximal vier Jahre), 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 ich jederzeit widerrufen. (Nicht zutreffendes bitte streichen).

Datum

Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Kundenberaters(in)



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Bremen/Bremerhaven
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.

