



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 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@krankenkassennetz.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

Kundenberater(in)
Telefon

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
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert
 nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung
 familienvers. durch:
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
 Zusatzversicherung
 AOK-Bonus-Wahltarif
 AOK plusCard
 AOK-Prämienprogramm
 Programm 500 € PLUS

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.

Einwilligung zur Datennutzung

Datenschutzhinweis: Wir benötigen einige persönliche Angaben zu dem oben genannten Zweck. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder gekennzeichnet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um freiwillige 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. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder unsere Datenschutzbeauftragte unter Datenschutz@hb.aok.de.

Einwilligungserklärung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten 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 oder um Zufriedenheitsbefragungen durchzuführen, per Brief, E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Datum

Unterschrift
(bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des/der 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.

