



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **AOK Bremen/Bremerhaven** unkompliziert möglich, wenn du in Bremen oder Bremerhaven wohnst oder studierst.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Die **AOK Bremen/Bremerhaven** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung

familienvers. durch:

Name des Mitglieds

Geburtsdatum

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.

Kundenberater(in)

Telefon

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-Wahltarif	<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"/> Programm 750 € PLUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die AOK

kranken Kassennetz.de GmbH

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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

