



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 (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 Hessen** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Hessen 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](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **AOK Hessen** 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 Mitglied der AOK Hessen werden ab \_\_\_\_\_



## Persönliche Angaben

Titel \_\_\_\_\_ Name/Geburtsname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Familienstand \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_ Telefonnummer\* \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer\* \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

## Angaben zur derzeitigen Beschäftigung/Ausbildung

Mein Beschäftigungsverhältnis  Mein Ausbildungsverhältnis  Mein Studium

besteht seit/beginnt am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_ endet voraussichtlich am \_\_\_\_\_

Betriebsnummer \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Uni/FH \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Arbeitslos\*\* seit/ab \_\_\_\_\_ Stamm-/Kunden-Nummer \_\_\_\_\_

bei Agentur für Arbeit/ARGE \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert\*\* seit/ab \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Rentner/-in\*\* Rentenbezug seit/ab \_\_\_\_\_ Rentenart/Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_

\*\* Die entsprechenden Leistungs- bzw. Einkommensnachweise  sind beigefügt  werden nachgereicht

## Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei Krankenkasse \_\_\_\_\_  eigene Mitgliedschaft  familien-versichert  keine gesetzliche Krankenversicherung

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei Krankenkasse \_\_\_\_\_  eigene Mitgliedschaft  familien-versichert  keine gesetzliche Krankenversicherung

Meine Mitgliedschaft bei \_\_\_\_\_ ist/wird zum \_\_\_\_\_ gekündigt.

Kündigungsbestätigung  ist beigefügt  wird nachgereicht

Sind Familienangehörige vorhanden?  ja  nein

Wird für vorhandene Familienangehörige die Familienversicherung gewünscht?  ja  nein

Mein Passfoto für die neue eGK  füge ich mit dem Bildbogen bei  reiche ich mit dem Bildbogen nach  
 bitte senden Sie mir einen Bildbogen zu  Bild liegt der AOK bereits vor

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i.V.m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@he.aok.de](mailto:datenschutz@he.aok.de). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

**Einwilligung zu Informationen:** Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile, Leistungen und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschungen durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde/-in, bei unter \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kundenberatung \_\_\_\_\_

2200003513 SAP Nr. \_\_\_\_\_

15 Jährigen, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK in Hessen  
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.**

