



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 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).

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.

Wenn Du den Krankenkassenwechsel zur AOK Hessen durchführst, werden von der AOK Hessen zu Abrechnungszwecken für die erfolgreiche Vermittlung der zustande gekommenen Mitgliedschaft die folgenden personenbezogenen Daten an die krankenkassennetz.de GmbH weitergegeben: „Vorname, Nachname, Mitgliedschaft erfolgt“.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte Mitglied der AOK Hessen werden ab _____



vermittelt durch: krankenkassennetz.de GmbH

Persönliche Angaben

Titel _____		Name/Geburtsname _____		Vorname _____		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Familienstand _____		Staatsangehörigkeit _____		Geburtsdatum _____		Geburtsort _____		Geburtsland _____	
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 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. 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 15 Jährigen, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)	_____ Datum	_____ Unterschrift Kundenberatung	22 (füllt AOK aus)	_____ SAP Nr.
-------------	--	-------------	-----------------------------------	--------------------	---------------

Kundenidentität durch Lichtbildausweis geprüft.

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

