



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. Wenn du in Hessen wohnst oder studierst ist dies bei der **AOK Hessen** unkompliziert möglich.

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.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **AOK Hessen** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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 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 _____ 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.

