



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **AOK Niedersachsen** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **AOK Niedersachsen** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **AOK Niedersachsen** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **AOK Niedersachsen** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschaftserklärung *allgemein*



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

\_\_\_\_ Tag    \_\_\_\_ Monat    \_\_\_\_\_ Jahr



## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Titel                      Name

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Vorname                      Geburtsname

weiblich     ledig     verwitwet  
 männlich     verheiratet     geschieden  
Geschlecht                      Familienstand

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit/Nationalität                      Geburtsort

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
PLZ                      Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Adresszusatz                      Land                      E-Mail Adresse\*

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer                      Rentenversicherungsnummer                      Geschäftspartnernummer  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Vorwahl\*                      Rufnummer\*                      Mobilfunknummer\*

\* freiwillige Angaben

## Angaben zum Kundenstatus *(Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)*

Beschäftigungsverhältnis Entgeltfortzahlung (EFZ) mind. 6 Wochen     Beschäftigungsverhältnis EFZ weniger 6 Wochen  
 Künstler/Publizist     Ausbildungsverhältnis     Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges Soziales Jahr  
 Reha - Werkstatt für Beh.     Reha - Jugendl. in einer Bildungseinr.     Reha - Berufl. über RV     Reha - Berufl. AfA

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Betriebsnummer                      Arbeitgeber                      Telefonnummer\*

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort                      Straße, Hausnummer

\* freiwillige Angaben

Arbeitslosengeld I  
\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Kundennummer                      Agenturnummer                      Name und Sitz der Agentur für Arbeit

Arbeitslosengeld II  
\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Kundennummer                      Agenturnummer                      Betriebsnummer (wenn Agenturnummer nicht vorhanden)  
(wird von der AOK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Name und Sitz des Jobcenters/der Kommune  
 Rentner     Bezug ausländische Rente     Rentenantragsteller     Versorgungsbezug (z.B. Betriebsrente/ Pension),  
auch aus dem Ausland

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
IK-Nr. letzte Krankenkasse                      Name der letzten Krankenkasse  
(wird von der AOK ausgefüllt)

## Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

AOK Niedersachsen versichert

Fremdkasse

von

bis

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

Betriebsnr. letzte Krankenkasse  
(wird von der AOK ausgefüllt)

IK-Nr. letzte Krankenkasse  
(wenn familienversichert)  
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name der letzten Krankenkasse

Haben Sie während der Versicherungslücke eine Erwerbstätigkeit (z.B. selbstständige Tätigkeit, Mini-Job) ausgeübt?

Ja  Nein

von

bis

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

Betriebsnr. letzte Krankenkasse  
(wird von der AOK ausgefüllt)

IK-Nr. letzte Krankenkasse  
(wenn familienversichert)  
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name der letzten Krankenkasse

Kündigungsbestätigung

ist beigefügt

wird nachgereicht

nicht notwendig

## Familienversicherung

Sind Familienangehörige vorhanden?

Ja  Nein

Wird für Familienangehörige die  
beitragsfreie Familienversicherung gewünscht?

Ja  Nein

Familienfragebogen

ist beigefügt

wird nachgereicht

bitte zusenden

## Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mein Passfoto für die 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

Wir benötigen für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses einige persönliche Angaben. Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Sie ermöglichen es uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen. Fehlende, falsche, nicht rechtzeitige oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 60 ff. SGB I, §§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) führen.

## Einwilligung zur Datennutzung

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, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kunden  
(bei unter 15 jährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kundenberaters / Ansprechpartners im Betrieb

Mitarbeiter ID intern (BP-Nummer)

Typ



Eingangsstempel

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK Niedersachsen  
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.**

