



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 (wird von der AOK ausgefüllt)    \_\_\_\_\_ Name der letzten Krankenkasse

## 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

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/nds/datenschutzrechte](http://aok.de/nds/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten.

## Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten 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 und um Meinungsforschung durchzuführen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst auch den telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und ich kann sie jederzeit widerrufen. Es gelten die in den allgemeinen Informationen „Hinweise zur Datenverarbeitung durch die AOK Niedersachsen“ genannten Betroffenenrechte.

Unterschriftsdatum

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

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Vergleichsportal Krankenkasseninfo.de

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.**

