



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 Niedersachsen** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Niedersachsen 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 Niedersachsen** 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 *allgemein*



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

Tag	Monat	Jahr



Persönliche Angaben

Titel	Name

Vorname	Geburtsname

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers		
<input type="checkbox"/> männlich			
Geschlecht	Geburtsland	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)*

<input type="checkbox"/> Beschäftigungsverhältnis Entgeltfortzahlung (EFZ) mind. 6 Wochen	<input type="checkbox"/> Beschäftigungsverhältnis EFZ weniger 6 Wochen
<input type="checkbox"/> Künstler/-in/Publizist/-in	<input type="checkbox"/> Ausbildungsverhältnis
<input type="checkbox"/> Reha-Werkstatt für Beh.	<input type="checkbox"/> Reha f. Jugendl. in einer Bildungseinr.
	<input type="checkbox"/> Berufl. Reha d. Rent.-ver. <input type="checkbox"/> Berufl. Reha d- AfA

Betriebsnummer	Arbeitgeber	Telefonnummer*

PLZ	Ort	Straße, Hausnummer

* freiwillige Angaben

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I		
Kundennummer	Agenturnummer	Name und Sitz der Agentur für Arbeit

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II		
Kundennummer	Agenturnummer	Betriebsnummer (wenn Agenturnummer nicht vorhanden) (wird von der AOK ausgefüllt)

Name und Sitz des Jobcenters/der Kommune			
<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Bezug ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Rente beantragt	<input type="checkbox"/> 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 beifügen, sofern erforderlich)

AOK-Niedersachsen-versichert Fremdkasse

eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
 familienversichert

von bis
Betriebs-Nr. d. letzten Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt) IK-Nr. d. letzten 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

eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
 familienversichert

von bis
Betriebs-Nr. letzte Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt) IK-Nr. letzte Krankenkasse (wenn familienversichert) (wird von der AOK ausgefüllt) Name der letzten Krankenkasse

Art der Meldung nicht notwendig Beginn Vers.pflicht Kündigung/Sonderkündigung

Familienversicherung

Sind Familienangehörige vorhanden? Ja Nein

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? Ja Nein

Familienfragebogen ist beigelegt 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 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 oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Vahrenwalder Str. 133, 30165 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Niedersachsen 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 Ihre Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift d. Erziehungsberechtigten) Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Unterschriftsdatum Vergleichsportal krankenkasseninfo.de Typ

Unterschriftsdatum Unterschrift des Kundenberaters / Ansprechpartners im Betrieb Mitarbeiter ID intern (BP-Nummer)

Unterschriftsdatum Unterschrift des Kundenberaters / Ansprechpartners im Betrieb 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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

