

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.krankenkasenninfo.de](http://www.krankenkasenninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Niedersachsen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Niedersachsen** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkasenninfo.de](mailto:info@krankenkasenninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **AOK Niedersachsen** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **AOK Niedersachsen** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK Niedersachsen** wählen.

In diesem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK Niedersachsen** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschaftserklärung *freiwillige KV*



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

Tag	Monat	Jahr



## Persönliche Angaben

Titel	Name										

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

Geburtsname

weiblich      divers

--	--	--

männlich

Geburtsdatum

Geschlecht	Geburtsland											Steuer-ID		

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 Status (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

**Arbeitsverhältnis** (ü. Jahresarbeitsentgeltgrenze)    
 **Selbstständig**    
 **Anwartschaftsversicherung** (z.B. Auslandsaufenthalt)    
 **Nicht erwerbstätig**    
 **Sozialhilfe**

**Schwerbehindert**    
 **Stationäre Einrichtung nach SGB XII**    
 **Sonstige** (z. B. Studium, Fachschule, Universität, Meisterschule, Gaststudium, Promotionsstudium, Rente beantragt oder bewilligt, verbeamtet, Ende einer Pflichtmitgliedschaft, Beginn/Ende der Familienversicherung, Rückkehr ins Inland, Sprachkurs, künstlerische/publizistische Tätigkeit)

## Arbeitsverhältnis (über Jahresarbeitsentgeltgrenze)

**Entgeltfortzahlung kürzer als 6 Wochen**    
 **Erstmalige Aufnahme einer Berufstätigkeit in Deutschland**    
 **Rückkehr in das Inland**

Betriebsnummer	Arbeitgeber		Telefonnummer*		

PLZ	Ort		Straße, Hausnummer		

\* freiwillige Angaben

## Selbstständig

Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden		Anzahl pflichtversicherte Beschäftigte			

**Krankengeldanspruch**    
 **ohne Anspruch auf Krankengeld**    
 **Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit**

## Anwartschaftsversicherung

von					bis

**Einkünfte** (Einkommensnachweise bitte beifügen)

Einkünfte aus selbstständiger/  
freiberuflicher Tätigkeit

\_\_\_\_\_

Euro pro Jahr

Arbeitsentgelt/Dienstbezüge

\_\_\_\_\_

Euro pro Jahr

Gründungszuschuss/  
Gründungsbeihilfe

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Zusätzliche Einmalzahlungen

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Überbrückungsgeld

\_\_\_\_\_

Euro pro Jahr

Arbeitsentgelt aus  
geringfügiger Beschäftigung

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Renten  
(auch aus dem Ausland)

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Versorgungsbezüge  
(z.B. Betriebsrente/Pension),  
auch aus dem Ausland

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Miet- und Kapitalerträge

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Sonstige Einkünfte

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Haben Sie keine oder nur geringe Einkünfte angegeben, bitten wir um Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten  
(z. B. Zuwendungen der Eltern, vom Lebenspartner etc.)

\_\_\_\_\_

Euro pro Monat

Auf die Möglichkeit der Beitragsentlastung wurde ich hingewiesen.

Mein Ehe-/Lebenspartner  
(nach dem LPartG) ist:

gesetzlich versichert

nicht gesetzlich versichert  
(Einkommensnachweis bitte beifügen)

nicht versichert

Ich habe Kinder gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz (z. B. leibliche Kinder oder Adoptivkinder)

Ja

Nein

(Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern erforderlich)

Die Beiträge sollen im Lastschriftverfahren eingezogen werden. (SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt bzw. wird nachgereicht)

Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen

**Ergänzende Angaben** (Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern erforderlich,

Rentenbezüge aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Ja

Nein

Bezug ausländische Rente

Ja

Nein

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/ Pension), auch aus dem Ausland

Ja

Nein

Anspruch auf Beihilfe

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Name der letzten Krankenkasse

Wenn eine freiwillige Krankenversicherung nicht zustande kommt, beantrage ich die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

**Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf der letzten 5 Jahre** (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

AOK Niedersachsen versichert

Fremdkasse

\_\_\_\_\_

von

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

von

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Name der letzten Krankenkasse

**Art der Meldung**

nicht notwendig

Beginn Vers.- berechtigt.

Kündigung/Sonderkündigung

## 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  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, 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 18-Jährigen Unterschrift d. gesetzlichen Vertretung)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Vergleichsportal [krankenkasseninfo.de](http://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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

