



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 Niedersachsen wohnst oder studierst ist dies bei der **AOK Niedersachsen** 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 (info@krankenkassennetz.de).

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftserklärung Studierende



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Titel Name

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Vorname Geburtsname

weiblich divers
 männlich

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsdatum

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geschlecht 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 Kundenstatus (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

Studierende Auszubildende ohne Entgelt Praktikantinnen/Praktikanten ohne Entgelt oder Schüler/-innen bzw. Auszubildende 2. Bildungsweg

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Name und Anschrift der Hochschule/Ausbildungsstätte

Staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Studiengang/Fachrichtung

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag der Einschreibung Semesterbeginn
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Aktuelles Fachsemester Voraussichtliches Studienende

Erststudium Ja Nein
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Erstmaliger Studienbeginn

Wichtiger Hinweis: Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Name und Anschrift der bisherigen Bildungseinrichtung

Erwerb der Hochschulreife auf dem Zweiten Bildungsweg Verlängerungsgründe liegen vor (z.B. Wehr-/Zivildienst, freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst)
 BAföG Bezug bzw. BAföG beantragt Befreiung von der Krankenversicherungspflicht der Studenten wurde in der Vergangenheit durchgeführt
 Ausüben einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit Bei ausländischen Studierenden: Es besteht Anspruch auf Leistungen nach dem über-/zwischenstaatlichen KV-Recht

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Art der Beschäftigung von / bis Höhe der monatlichen Einnahmen Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Name und Anschrift des bisherigen Arbeitgebers

Ich habe Kinder gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz (bspw. leibliche Kinder oder Adoptivkinder)
(Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

Ja Nein

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

Ich zahle den gesamten Semesterbeitrag im Voraus

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

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. 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

_____ eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
von _____ bis _____
 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

_____ eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
von _____ bis _____
 familienversichert

Betriebsnr. 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 beigefügt wird nachgereicht bitte zusenden

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mein Passfoto für die eGK reiche ich mit dem Bildbogen nach Bild liegt der AOK bereits vor

bitte senden Sie mir einen Bildbogen zu

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, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 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

Unterschrift des Kunden
(bei Minderjährigen - Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

