



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.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 Nordost** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Prüfen Sie, ob Sie überhaupt in die **AOK Nordost** wechseln können. Nur wenn Sie in Berlin, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern wohnen oder arbeiten ist ein Wechsel in die **AOK Nordost** möglich.
2. Kündigen Sie Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
3. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
4. 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.
5. Von der **AOK Nordost** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Achtung: Beim Jobwechsel und wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren können Sie direkt in die **AOK Nordost** eintreten. Eine Kündigung ist nicht erforderlich.

In diesen Fällen senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **AOK Nordost** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte zum Mitglied der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse werden!

Persönliche Angaben

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsort

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w/Ø) ä^\ æ } ð

Telefonnummer/Handynummer (optional)

E-Mail (optional)

┌──────────┴──────────┐
Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Rentenversicherungsnummer

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? ja nein
Familienfragebogen

ist beigefügt. wird nachgereicht. bitte zusenden.

5 b[UYb`ni f`J Yfg]W Yfi b[

Arbeitnehmer Auszubildender

Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II

Sonstiges

Arbeitgeber/ Agentur für Arbeit/ Jobcenter

Kundennummer bei der Agentur für Arbeit/ beim Jobcenter

Telefonnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Rentenbezug im Ausland Rentenbezug in

Rentenantrag gestellt am:

Rentenart und Rententräger

Versorgungsbezug

Art des Versorgungsbezuges und Name der Zahlstelle

Angaben zur bisherigen Versicherung

vom:	bis:	Krankenkasse	Freiwilliges Mitglied	Pflicht-Mitglied	familien-versichert	privat versichert	nicht versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte die letzte Versicherung angeben. Wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, dann bitte die Versicherungsnachweise für die letzten 5 Jahre beifügen.

Kündigungsbestätigung ist beigefügt wird nachgereicht ist nicht notwendig

Meine Erklärung gilt auch für alle zukünftigen versicherungspflichtigen Tatbestände nach einer Unterbrechung meiner Mitgliedschaft von bis zu 18 Monaten. Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung jederzeit zu widerrufen bzw. von meinem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen.

Datenschutz: 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. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Telefonnummer 0800 2650800 bzw. per E-Mail Datenschutz-Service@nordost.aok.de.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost

Betriebsnummer

SAP-Nr.

SAP-Nr. ext.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MA 1 MA 2 Kundengruppe Dauer-ME vorhanden.

Datum, Unterschrift und Namensstempel der Führungskraft

< jbk YjgY Bildbogen beigefügt

Bildbogen ausgehändigt/zugesandt

Bildbogen zusenden

Y; ? : Bild in einem Bestand der AOK Nordost vorhanden

Bild von anderer AOK angefordert (KW AOK intern)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Nordost
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.

