



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Nordrhein-Westfalen oder Schleswig-Holstein wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK NORDWEST** 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@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



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

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK NORDWEST** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK NORDWEST** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich möchte Kunde der AOK NordWest werden.

- Die Mitgliedschaft beginnt am _____, hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
- Die Mitgliedschaft beginnt mit meiner Ausbildung am _____, hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Rentenversicherungs-Nr.	Geburtsdatum
Geburtsname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Familienstand	Kinderzahl
Geburtsort	Geburtsland	Staatsangehörigkeit	Telefon*
Straße / Haus-Nr.			Mobil*
PLZ / Ort		E-Mail*	

Angaben zur Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in den letzten 12 Monaten

vom	bis	bei (Name der Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> als Mitglied
			<input type="checkbox"/> als Familienangehöriger

Angaben zur Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer beschäftigt als _____

Name der Firma _____ Betriebsnummer (falls bekannt) _____

Straße / Haus-Nr. _____

PLZ / Ort _____

Angaben zu Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Ich erhalte Arbeitslosengeld I von _____ Leistungsträger und Kundennummer _____

Arbeitslosengeld II von _____

Ich habe Arbeitslosengeld I beantragt bei _____ Leistungsträger und Kundennummer _____

Arbeitslosengeld II beantragt bei _____

Angaben zur Rente

Ich erhalte eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. Rentenzeichen _____

Ich habe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt. IK der abgebenden Krankenkasse _____

AOK-Service

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Neukunde und benötige eine elektronische Gesundheitskarte | <input type="checkbox"/> 0 Kein Meldeverfahren |
| <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie meinen Arbeitgeber über meine Krankenkassenwahl | <input type="checkbox"/> 1 Beginn Versicherungspflicht |
| <input type="checkbox"/> Bitte beantragen Sie für mich den Sozialversicherungsausweis | <input type="checkbox"/> 2 Beginn Versicherungsberechtigung |
| | <input type="checkbox"/> 3 Kündigung/Sonderkündigung |
| | <input type="checkbox"/> 4 Schließung/Insolvenz KK |
| | <input type="checkbox"/> 5 Errichtung/Ausdehnung BKK |

Unterschrift zur Mitgliedserklärung

Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der NordWest, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Einwilligung zur Datenübermittlung

- Mit meiner Unterschrift beauftrage ich den genannten Vermittler, meinen Vermittlungsauftrag an die AOK NORDWEST zu übermitteln.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis damit, dass die AOK NORDWEST an den genannten Vermittler für Abrechnungszwecke meine Identifikationsdaten und die Informationen übermittelt, ob und gegebenenfalls ab wann eine Mitgliedschaft bei der AOK NORDWEST zustande gekommen ist.

Datum	Unterschrift Kunde (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)
-------	---

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses nach § 5 SGB V und § 20 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung kann die 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/nw/daten-schutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK NORDWEST
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.

