



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **AOK NORDWEST** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Nordrhein-Westfalen oder Schleswig-Holstein 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@kranken Kassennetz.de).

Die **AOK NORDWEST** 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

Ja, ich möchte Kunde der AOK NORDWEST werden.

Die Mitgliedschaft beginnt am

Die Mitgliedschaft beginnt mit meiner Ausbildung am

Persönliche Angaben

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

Angaben zur Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in den letzten 18 Monaten

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| vom <input type="text"/> | bis <input type="text"/> | bei (Name der Krankenkasse) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> als Mitglied |
| | | | <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r |
| vom <input type="text"/> | bis <input type="text"/> | bei (Name der Krankenkasse) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> als Mitglied |
| | | | <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r |

Angaben zur Tätigkeit

| | |
|--|---|
| beschäftigt als <input type="text"/> | |
| Name der Firma <input type="text"/> | Betriebsnummer (falls bekannt) <input type="text"/> |
| Straße / Haus-Nr. <input type="text"/> | |
| PLZ / Ort <input type="text"/> | |

Angaben zu Leistungen bei Arbeitslosigkeit

| | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen von <input type="text"/> | Kundennummer <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Leistungen beantragt bei <input type="text"/> | Kundennummer <input type="text"/> |

Angaben zur Rente

| | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich erhalte eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. | Rentenzeichen <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt. | |

Service

- Bitte informieren Sie meinen Arbeitgeber über meine Krankenkassenwahl.
- Bitte beantragen Sie für mich den Sozialversicherungsausweis.

Unterschrift zur Mitgliedserklärung

| | |
|----------------------------|--|
| Datum <input type="text"/> | Unterschrift Kunde (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters) <input type="text"/> |
|----------------------------|--|

Datenschutzhinweis

Wir (Krankenkassenetz.de GmbH; Waisenhausring 6; 06108 Halle; Geschäftsführer: Jürgen Kunze, Karsten Leidloff; Handelsregisternummer: HRB 214944 (Amtsgericht Stendal); USt-IdNr.: DE235828638) erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten nur, soweit sie für die Begründung, inhaltliche Ausgestaltung oder Änderung des Rechtsverhältnisses erforderlich sind (Bestandsdaten). Dies erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, der die Verarbeitung von Daten zur Erfüllung eines Vertrags oder vorvertraglicher Maßnahmen gestattet und beinhaltet eine Weitergabe der Daten an die gewählte Krankenversicherung. Personenbezogene Daten über die Inanspruchnahme unserer Internetseiten (Nutzungsdaten) erheben, verarbeiten und nutzen wir nur, soweit dies erforderlich ist, um dem Nutzer die Inanspruchnahme des Dienstes zu ermöglichen oder abzurechnen. Weitergehende Fragen bezüglich des Datenschutzes beantwortet Ihnen unser Datenschutzbeauftragter unter 0345/6826600 bzw. info@krankenkasseninfo.de.

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

