



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.krankenkasseninfo.de](http://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](mailto: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 Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK NORDWEST** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK NORDWEST** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn 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](http://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.**

