



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](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://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 Plus** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Sachsen oder Thüringen 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](mailto:info@kranken Kassennetz.de)).

Die **AOK Plus** 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

# Vermittlungsauftrag für Pflichtversicherte

Ich beauftrage untenstehenden Vermittler mit der Vermittlung einer Mitgliedschaft bei der AOK PLUS ab

Krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
06108 Halle

Name, Vorname (Vermittler)

AOK PLUS-Partnernummer

## Persönliche Angaben (Pflichtfelder)

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w)

Telefon\*/Handy\*

E-Mail\*

Rentenversicherungsnummer

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer        | <input type="checkbox"/> Auszubildender   |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld    | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II  |
| <input type="checkbox"/> Rentenantrag        | <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Rentenbezug         | <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter<br>(Unterlagen zur Saisontätigkeit wurden ausgegeben) |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit |   |

(Mehrfachnennungen möglich)

Rentenart/Rententräger

Versorgungsbezug

ja  nein

Art des Versorgungsbezuges und Zahlstelle

Weitere Angaben

Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / ARGE / Kommune

Betriebs-/Kundennummer

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

## Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der bisherigen Krankenversicherung / bei Ausland Angabe des Landes

Meine bisherige Versicherung endet zum

Grund (z. B. Beschäftigungsbeginn, -ende)

Meine bisherige Versicherung habe ich am

gekündigt.

Meine Kündigungsbestätigung füge ich bei.

Meine Kündigungsbestätigung reiche ich nach.

Ich war familienversichert

bei: Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich war noch nie krankenversichert.

## Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder).

ja  nein

# Recht und Datenschutz

## Hinweise zum Datenschutz

Damit die AOK PLUS als die von Ihnen gewählte Krankenkasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Die Erhebung und Übermittlung der Daten an die AOK PLUS erfolgt auf Grundlage des § 28 (1) BDSG, um in Ihrem Sinne die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zu vermitteln. Die AOK PLUS nutzt und verarbeitet Ihre Daten auf Basis des SGB zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben. Fehlende oder unvollständige Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Feststellung und Durchführung Ihrer Mitgliedschaft führen.

### Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK PLUS meine Daten speichert und nutzt, um mich über das Service- und Leistungsangebot der AOK PLUS und über Angebote ihrer Kooperationspartner, insbesondere Anbieter von privaten Zusatzversicherungen sowie über Neuerungen auf dem Markt der gesetzlichen Krankenversicherungen informieren und beraten zu können, auch telefonisch, per SMS oder E-Mail. Diese Einwilligung gilt auch für Kundenzufriedenheitsbefragungen der AOK PLUS per Telefon oder per E-Mail. Ebenso gilt sie für den Fall, dass die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS nicht zu Stande kommt.

Ja, ich erteile meine Einwilligung zur Datennutzung.

### Hinweis auf Ihr Widerrufsrecht

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie Ihre Einwilligung erklären, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Eine E-Mail oder ein Anruf genügen. In diesem Falle werden Ihre persönlichen Daten bei der AOK PLUS gelöscht.

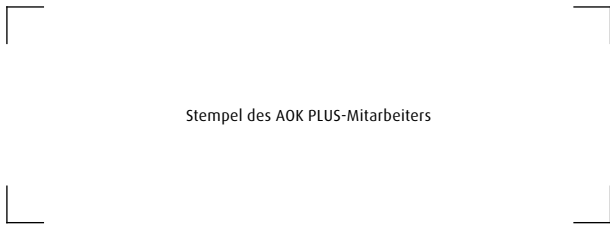
### Erklärung zur Krankenkassenwahl

Ich bin über mein Wahlrecht informiert und wähle die AOK PLUS als meine zukünftige Krankenkasse. Ich bestätige, dass mir bewusst ist, dass ausschließlich die AOK PLUS über das Zustandekommen oder Nichtzustandekommen meiner Mitgliedschaft aufgrund des Vermittlungsauftrages entscheidet. Weiterhin beauftrage ich die AOK PLUS, die zur Meldung verpflichtete Stelle wie z. Bsp. meinen Arbeitgeber entsprechend zu informieren und eine Mitgliedschaftsbescheinigung nach § 175 SGB V auszustellen.

### Einwilligung zur Datenübermittlung

Mit meiner Unterschrift

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



Stempel des AOK PLUS-Mitarbeiters

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Unterschrift des Vermittlers und/oder Mitarbeiters der AOK PLUS und KI-Kennung

**Wird von der AOK PLUS ausgefüllt!**     HB     FB     Fil     MwM     VM: \_\_\_\_\_ 

L																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Name, Vorname, AOK PLUS-Partnernummer

Postkz.: \_\_\_\_\_     Tel     Br     VA     TS     AE, Datum: \_\_\_\_\_     Bild für eGK vorhanden

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK Plus  
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.**

