



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag im Original zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag im Original direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** vorliegt.

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

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich wähle die Mitgliedschaft in der AOK

ab \_\_\_\_\_ bzw. einem früheren Beginn einer Versicherungspflicht.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	Familienstand
---------------	--------------	---	---------------

Straße, Hausnummer, Adresszusatz	PLZ, Ort
----------------------------------	----------

Telefon *	Handy *	E-Mail *
-----------	---------	----------

Versicherungsnummer der Rentenversicherung	Staatsangehörigkeit
--	---------------------

<b>nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt</b>	Geburtsname	Geburtsort
--	-------------	------------

<b>Arbeitgeber/ Ausbildungsbetrieb</b>	Betriebsnummer
--	----------------

Anschrift
-----------

beschäftigt ab/seit	Beruf/Ausbildungsberuf	voraus. Ende der Ausbildung
---------------------	------------------------	-----------------------------

Ich war von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  selbst als Mitglied versichert bei  familienversichert bei

Name, Anschrift der Krankenkasse
----------------------------------

Ich beziehe Rente.

Ich habe mich bis unmittelbar vor dem Beginn der Mitgliedschaft im Ausland aufgehalten.

Vor meinem Auslandsaufenthalt war ich in Deutschland zuletzt versichert bei

Name, Anschrift der Krankenkasse
----------------------------------

Ich war noch nie in Deutschland gesetzlich versichert.

Nach Ende dieser Beschäftigung kehre ich ins Ausland zurück.

Meine Familienangehörigen sollen kostenlos mitversichert werden.

Über meine Wahlrechte wurde ich informiert. Bitte teilen Sie meinem Arbeitgeber meine Entscheidung mit.

**Datenschutzhinweis**  
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zur Klärung Ihres Versicherungsschutzes erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (\*). Die Daten dienen der Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.  
Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung.  
Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://rps.aok.de/inhalt/datenschutzerklaerung-3/> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten mit Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.  
Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: [widerruf@rps.aok.de](mailto:widerruf@rps.aok.de).

**Einwilligung**  
 <sup>1</sup> Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. <sup>1</sup> Ankreuzfeld

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

krankenkassennetz.de  
GP.Nr. RPS 3005115267

**Von der AOK auszufüllen:**

Bild für eGK:  bereits im Bestand  beigelegt  wird nachgereicht/hochgeladen  Bildbogen zusenden  
Familienfragebogen zusenden:  ja  nein

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
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.**

