



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 Rheinland-Pfalz oder im Saarland wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** 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 Rheinland-Pfalz/Saarland** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** 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 Rheinland-Pfalz/Saarland** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich wähle die Mitgliedschaft in der AOK ab (TT/MM/JJJJ) bzw. einem früheren Beginn einer Versicherungspflicht.

Name, Vorname	Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	Familienstand
Geburtsdatum		
Anschrift		
Telefon*	Mobil*	E-Mail*
Rentenversicherungsnummer	Staatsangehörigkeit	
Geburtsname <sup>1</sup>	Geburtsort	Geburtsland

<sup>1</sup>Nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer **nicht** vorliegt

Arbeitgeber/-in bzw. Ausbildungsbetrieb	Betriebsnummer	
Anschrift		
Beschäftigt ab/seit (TT/MM/JJJJ)	Beruf/Ausbildungsberuf	Vrs. Ende der Ausbildung (TT/MM/JJJJ)

Ich war von (TT/MM/JJJJ) bis (TT/MM/JJJJ)  selbst als Mitglied versichert bei:  familienversichert bei:

Name und Anschrift der Krankenkasse

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

Vor meinem Auslandsaufenthalt war ich in Deutschland zuletzt versichert bei:  Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich war noch nie in Deutschland gesetzlich versichert.  Nach Ende dieser Beschäftigung kehre ich ins Ausland zurück.  Meine Familienangehörigen sollen kostenfrei mitversichert werden.

Über meine Wahlrechte wurde ich informiert.

**Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine/-n Arbeitgeber/-in über meine Entscheidung unterrichtet.**

**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 Telefonnummern bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (\*). Die Daten dienen der Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Empfangene Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleistungsunternehmen sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/rps/datenschutzrechte](mailto:aok.de/rps/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Bereich Datenschutz unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartner/-innen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr freiwilliges 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. Die Erteilung der Einwilligung ist keine Voraussetzung und hat keine Auswirkungen auf Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche. 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**  
Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich, auch unter Einschaltung eines beauftragten Dienstleistungsunternehmens, über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartner/-innen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland 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.

**Einwilligung zur Datenrückübermittlung**  
Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland dem u. g. Vertriebspartner zur Abrechnung meine Identifikationsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum) mitteilt sowie ob eine Mitgliedschaft zustande gekommen ist. Diese Einwilligung ist freiwillig, und ich kann sie jederzeit widerrufen.

<sup>2</sup> Ankreuzfeld

Ort, Datum	Unterschrift (Bei unter 15-Jährigen Unterschrift der erziehungsberechtigten Person)
	Unterschrift Vertriebspartner/-in Kunze, krankenkassennetz.de
	GP-Nummer (10-stellig) 3 0 0 5 1 1 5 2 6 7
Von der AOK auszufüllen: Die Annahme der Erklärung wird bestätigt:	
Ort, Datum	Unterschrift Berater/-in
	GP-Nummer (10-stellig)

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

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

