



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **AOK Sachsen-Anhalt** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Sachsen-Anhalt wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. Sende uns einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.

Die **AOK Sachsen-Anhalt** 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

# Antrag zur gesetzlichen Krankenversicherung



Ich möchte Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse werden ab:

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
PLZ, Wohnort/ggf. Ortsteil:		Rentenversicherungs-Nr.:	
Straße, Hausnummer:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefonnummer:

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

(Bitte alle zutreffenden Punkte ausfüllen!)

- Ausbildungsverhältnis   
  Beschäftigungsverhältnis   
  ALG I Bezieher   
  ALG II Bezieher\*  
 Rentner   
  Familienversicherter   
  Saisonarbeiter   
  Sonstiges

als  Tätigkeit/Rentenart besteht seit  beginnt am

bei  Name Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger     Telefon  
 Anschrift Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger     Betriebsnummer/Kundennummer

## Leistungsbezug der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

Ich beziehe seit:   Krankengeld     Pflegegeld     Witwenrente\*\*/Waisenrente o. a.

\*\*RV-Nr. des Verstorbenen     Name des Verstorbenen     bei folgendem Rentenversicherungsträger/Versorgungsamt

## Angaben zur bisherigen Versicherung der letzten 18 Monate

von	bis	Name der Krankenkasse	pflicht-versichert	freiwillig-versichert	hauptberuflich selbständig	familien-versichert	nicht versichert*	privat-versichert*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bitte Versicherung der letzten 5 Jahre angeben, wenn das neue Mitglied das 55. Lebensjahr vollendet hat (AOK-Text AR0009 ausfüllen!)  
 Bitte Checkliste SG0011 ausfüllen, wenn das neue Mitglied ALG II beantragt hat und vorher privat versichert oder ohne Krankenversicherung war!

Die Original-Kündigungsbestätigung ist beigelegt  reiche ich nach  ist nicht erforderlich

## Familienangehörige Ich habe keine Angehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Angehörigenverhältnis (Ehegatte, Kind, Stiefkind)	Familienversicherung wird gewünscht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:

Wenn ja, Anlage Fami-Bogen ausfüllen (AOK-Text MA0470)!

## Datenschutzhinweis/Einwilligungserklärung

**Datenschutzhinweis:** Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrags einige persönliche Angaben. Diese Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§10, 284 SGB V) zu erheben. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen, bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail Adresse.

**Einwilligungserklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Sachsen-Anhalt meine angegebenen Daten (bzw. die meiner Tochter/meines Sohnes) für maximal 4 Jahre speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum     Unterschrift des Kunden (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)     Unterschrift des AOK-Beraters

## Interne Bearbeitungsvermerke

Name, Vorname (Mitarbeiter) in Druckschrift	Orga-Einheit:	LI-Kennung:
Name, Vorname (externer Werber) in Druckschrift	Geschäftspartnernummer:	

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice AOK Sachsen-Anhalt  
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.**

