



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
Website : www.krankenkaserneninfo.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 Bremen oder Bremerhaven wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Bremen/Bremerhaven** 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@krankenkaserneninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **AOK Bremen/Bremerhaven** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **AOK Bremen/Bremerhaven** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK Bremen/Bremerhaven** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK Bremen/Bremerhaven** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab

Kundenberater(in) Jürgen Kunze, krankenkassennetz.de GmbH

Telefon

Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.

Name*

Vorname*

Geburtsdatum*

Geburtsland*/-ort*

Geburtsname*

Straße/Haus-Nr.*

PLZ/Wohnort*

Telefon

E-Mail

Geschlecht* weibl. männl. div.

Staatsangehörigkeit*

Angaben zur derzeitigen Beschäftigung

Mein Ausbildungsverhältnis

Mein Beschäftigungsverhältnis

besteht seit/beginnt am

endet vorauss. am

als

Name Arbeitgeber

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

monatliches Einkommen (brutto) in Euro

Ich bin arbeitslos Kunden-Nr.:

Ich bin Rentner(in)

Ich beziehe eine Rente aus dem Ausland ja nein

Anzahl Kinder

z. Z. familienversichert bei (Name der Krankenkasse)

Ich beantrage ihre Familienversicherung ja nein

Ich war in den letzten 12 Monaten von bis Name der KK

<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> familienvers. durch:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Mitglieds	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

Mehrwertangebote	Interesse	kein Interesse	beantragt
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK-Wahltarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK-Prämienprogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Programm 750 € PLUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beauftrage die AOK:

von der Rentenversicherung die für mich notwendigen Unterlagen (Versicherungsnummer, -ausweis) anzufordern,

mir bei der Anrechnung von Schulzeiten (lt. Schulzeitbescheinigung) behilflich zu sein,

meinen Arbeitgeber über meine AOK-Mitgliedschaft zu informieren.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine 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 sowie unsere Kontaktdaten finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder an unseren Datenschutz unter Datenschutz@hb.aok.de.

Datum

Unterschrift
(bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des/der Kundenberaters/in



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Bremen/Bremerhaven
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.

