krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

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.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragsservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Bayern wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Bayern** 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) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.

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

Von der **AOK Bayern** 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 Bayern** 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 Bayern** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Hier klicken um alle Formularinhalte zu löschen

Anmeldung

Ich möchte Mitglied der AOK Bayern werden. Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

Name* | Vorname* | Geburtsdatum* | ☐ männlich* ☐ weiblich* ☐ divers*

Geburtsname* | Geburtsort* | Geburtsland* | Staatsangehörigkeit*

Straße und Hausnummer* | Postleitzahl und Wohnort*

Mobil | E-Mail

Ich war bisher* ☐ pflichtversichert ☐ familienversichert Krankenkasse _____

☐ nicht gesetzlich versichert

☐ im Ausland versichert Land _____

Rentenversicherungsnummer (falls vorhanden): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ich bin* ☐ Arbeitnehmer/-in* ☐ Selbständige/-r* ☐ Sonstiges* _____

seit/am ab* _____

Name des Arbeitgebers* | Betriebsnummer

Straße und Hausnummer* | Postleitzahl und Ort*

Ich habe in Deutschland lebende Angehörige, die ich bei der AOK Bayern mitversichern möchte: ja ☐ nein ☐

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 175 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 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 (.z.B. IT-Dienstleister) sein. Die nicht mit „*" gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung. Ihr Einverständnis zur Nutzung können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ausführliche Angaben zum Umfang der Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung, die im Internet unter www.aok.de/bayern/datenschutzerklärung sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.

Einverständniserklärung zur Datenrückübermittlung an Kooperationspartner (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO

Dieses Einverständnis ist freiwillig, es kann jederzeit ohne nachteilige Folgen widerrufen werden.

☒ Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bayern meine angegebenen personenbezogenen Identifikationsdaten sowie Informationsdaten zum Antrag/Mitgliedschaftsprozess verarbeitet, um diese für Informations– und Abrechnungszwecke zu übermitteln.

Datum der Erklärung | Unterschrift
(bei unter 15-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

nur von AOK und Kooperationspartner/-in zu füllen

Krankenkassennetz.de | **Vergleichsportale/ 1212300012** | _____

Name Kooperationspartner/-in | Partnernummer bei AOK Bayern | Unterschrift Kooperationspartner/-in

Onlinewerbung / 1208802141

Betreuende/-r AOK-Mitarbeiter/-in (Name, BI-Nummer)

ME_Partner

Stand 04/2024

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Bayern
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.