

Mitglied werden bei der AOK Bremen/Bremerhaven

Ganz einfach:

- 1.** Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
- 2.** Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
- 3.** Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite oder unter www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
 - per makleraktiv.de hochladen
 - per Mail an makleraktiv@kassensuche.de senden
 - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
 - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vibeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden
- 5.** Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
- 6.** Fertig. Der Kunde kommt in den Genuss aller Vorteile seiner neuen Krankenkasse.

Vertriebspartner:

E-Mail: rr@smwb.de

SMWB Strategien mit Weitblick GmbH
Papenhuder Straße 30
22087 Hamburg

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab
Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

Kundenberater(in)
Telefon

Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.
Name*
Vorname*
Geburtsdatum*
Geburtsort*
Geburtsname*
Straße/Haus-Nr.*
PLZ/Wohnort*
Telefon
E-Mail
Geschlecht* weibl. männl. Familienstand
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 18 Monaten von bis Name der KK
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert
 nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung
 familienvers. durch:
Name des Mitglieds
Geburtsdatum

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.

Einwilligung zur Datennutzung

Datenschutzhinweis: Wir benötigen einige persönliche Angaben zu dem oben genannten Zweck. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder gekennzeichnet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie weitere Informationen von der AOK, benötigen wir für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten 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 unsere Datenschutzbeauftragte unter Datenschutz@hb.aok.de.

Einwilligungserklärung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten 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 oder um Zufriedenheitsbefragungen durchzuführen, per Brief, E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

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

Datum

Unterschrift

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

Unterschrift des/der Kundenberaters/in



An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift