

Mitglied werden bei der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

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, Vilbeler 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 *allgemein*



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Name

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Geburtsname

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
Geschlecht	Familienstand	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit/Nationalität	Geburtsort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort

<input type="text"/>
Straße, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresszusatz	Land	E-Mail Adresse*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer	Geschäftspartnernummer (wird von der AOK ausgefüllt)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl*	Rufnummer*	Mobilfunknummer*

* freiwillige Angaben

Angaben zum Kundenstatus *(Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)*

<input type="checkbox"/> Beschäftigungsverhältnis Entgeltfortzahlung (EFZ) mind. 6 Wochen	<input type="checkbox"/> Beschäftigungsverhältnis EFZ weniger 6 Wochen		
<input type="checkbox"/> Künstler/Publizist	<input type="checkbox"/> Ausbildungsverhältnis	<input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges Soziales Jahr	
<input type="checkbox"/> Reha - Werkstatt für Beh.	<input type="checkbox"/> Reha - Jugendl. in einer Bildungseinr.	<input type="checkbox"/> Reha - Berufl. über RV	<input type="checkbox"/> Reha - Berufl. AfA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betriebsnummer	Arbeitgeber	Telefonnummer*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer

* freiwillige Angaben

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kundennummer	Agenturnummer	Name und Sitz der Agentur für Arbeit

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kundennummer	Agenturnummer	Betriebsnummer (wenn Agenturnummer nicht vorhanden) (wird von der AOK ausgefüllt)

Name und Sitz des Jobcenters/der Kommune			
<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Bezug ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Rentenantragsteller	<input type="checkbox"/> Versorgungsbezug (z.B. Betriebsrente/ Pension), auch aus dem Ausland
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IK-Nr. letzte Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt)	Name der letzten Krankenkasse

Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

AOK Niedersachsen versichert

Fremdkasse

von

bis

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

Betriebsnr. letzte Krankenkasse
(wird von der AOK ausgefüllt)

IK-Nr. letzte Krankenkasse
(wenn familienversichert)
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name der letzten Krankenkasse

Haben Sie während der Versicherungslücke eine Erwerbstätigkeit (z.B. selbstständige Tätigkeit, Mini-Job) ausgeübt?

Ja Nein

von

bis

eigene Mitgliedschaft

keine gesetzliche Versicherung

familienversichert

Betriebsnr. letzte Krankenkasse
(wird von der AOK ausgefüllt)

IK-Nr. letzte Krankenkasse
(wenn familienversichert)
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name der letzten Krankenkasse

Kündigungsbestätigung

ist beigefügt

wird nachgereicht

nicht notwendig

Familienversicherung

Sind Familienangehörige vorhanden?

Ja Nein

Wird für Familienangehörige die
beitragsfreie Familienversicherung gewünscht?

Ja Nein

Familienfragebogen

ist beigefügt

wird nachgereicht

bitte zusenden

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mein Passfoto für die eGK

füge ich mit dem Bildbogen bei

reiche ich mit dem Bildbogen nach

bitte senden Sie mir einen Bildbogen zu

Bild liegt der AOK bereits vor

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 finden Sie unter aok.de/nds/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten 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 und um Meinungsforschung durchzuführen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst auch den telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und ich kann sie jederzeit widerrufen. Es gelten die in den allgemeinen Informationen „Hinweise zur Datenverarbeitung durch die AOK Niedersachsen“ genannten Betroffenenrechte.

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kunden

(bei unter 15 jährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

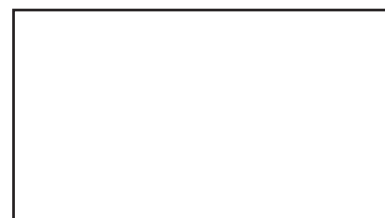
Vergleichsportal gesetzlichekrankenkassen.de

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kundenberaters / Ansprechpartners im Betrieb

Mitarbeiter ID intern (BP-Nummer)

Typ



Eingangsstempel

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