

## Mitglied werden bei der AOK Hessen

### 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](http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel) mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte im Original unbedingt per Post an uns senden: Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden  
*Achtung: Die Krankenkasse akzeptiert nur Original-Anträge und keine Faxe oder E-Mails.*
- 5.** Die 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](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

# Mitgliedschaftserklärung



Ich möchte Mitglied der AOK Hessen werden ab \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Titel \_\_\_\_\_ Name/Geburtsname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Familienstand \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_ Telefonnummer\* \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer\* \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

## Angaben zur derzeitigen Beschäftigung/Ausbildung

Mein Beschäftigungsverhältnis  Mein Ausbildungsverhältnis  Mein Studium

\_\_\_\_\_ besteht seit/beginnt am \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_ endet voraussichtlich am \_\_\_\_\_

Betriebsnummer \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Uni/FH \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Arbeitslos\*\* seit/ab \_\_\_\_\_ Stamm-/Kunden-Nummer \_\_\_\_\_

bei Agentur für Arbeit/ARGE \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert\*\* seit/ab \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Rentner/-in\*\* Rentenbezug seit/ab \_\_\_\_\_ Rentenart/Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_

\*\* Die entsprechenden Leistungs- bzw. Einkommensnachweise  sind beigefügt  werden nachgereicht

## Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei Krankenkasse \_\_\_\_\_  eigene Mitgliedschaft  familien-versichert  keine gesetzliche Krankenversicherung

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei Krankenkasse \_\_\_\_\_  eigene Mitgliedschaft  familien-versichert  keine gesetzliche Krankenversicherung

Meine Mitgliedschaft bei \_\_\_\_\_ ist/wird zum \_\_\_\_\_ gekündigt.

Kündigungsbestätigung  ist beigefügt  wird nachgereicht

Sind Familienangehörige vorhanden?  ja  nein

Wird für vorhandene Familienangehörige die Familienversicherung gewünscht?  ja  nein

Mein Passfoto für die neue 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/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@he.aok.de](mailto:datenschutz@he.aok.de). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

**Einwilligung zu Informationen:** Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile, Leistungen und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschungen durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde/-in, bei unter \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kundenberatung \_\_\_\_\_

15 Jährigen, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) \_\_\_\_\_ SAP Nr. **2200003513**

VTS-E01

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