

Mitglied werden bei der AOK Rheinland/Hamburg

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://handelsblatt.kassensuche.de/antrag/1>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

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

Herzlich willkommen in der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Name und Anschrift des AOK-Kunden

AOK Rheinland/Hamburg - Kunde

Tel.:

Arbeitnehmer
Auszubildender

*die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig
Beruf

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Rentenversicherungsnummer

Staatsangehörigkeit

verheiratet

beschäftigt ab

nicht verheiratet

Ich werde ab _____ Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

Ich bleibe Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

Mitversichernde Familienangehörige

Bitte informieren Sie meinen Arbeitgeber
über meine Entscheidung.

Ja

Nein

Angaben zum Versicherungsverlauf der letzten 18 Monate:

von	bis	Krankenkasse
_____	_____	_____
eigene Mitgliedschaft	familienversichert	ohne gesetzl. Versichei* }

Haben Sie für sich oder einen familienversicherten Angehörigen seit dem 01.04.2007 einen Wahltarif (z. B. Selbstbehalt oder Zusatzabsicherung) abgeschlossen?

Ja Nein

von	bis	Krankenkasse
_____	_____	_____
eigene Mitgliedschaft	familienversichert	ohne gesetzl. X^!•&@!~ } *

Wenn **Ja**, ab wann und bei welcher Krankenkasse?

Beginn Wahltarif: _____

Krankenkasse: _____

von	bis	Krankenkasse
_____	_____	_____
eigene Mitgliedschaft	familienversichert	ohne gesetzl. X^!•&@!~ } *

Ergänzende Angaben:

(nur wenn innerhalb der letzten 18 Monate keine Versicherung)

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse gesetzlich

versichert: _____

Ich war noch nie gesetzlich krankenversichert.

Ich war zuletzt privat krankenversichert.

Die AOK darf mich nach wesentlichen Veränderungen schriftlich informieren, ggf. meinen Informationsbedarf auch telefonisch abfragen.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Der Mitgliedsantrag wird gültig, wenn eine ggf. erforderliche Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse vorliegt.

Betriebsnummer:

Ort, Datum

Unterschrift des AOK-Kunden

über gesetzlicheKrankenkassen.de

Unterschrift der AOK-Beraterin/des AOK Beraters

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Die Angaben sind erforderlich ab Januar 2007, bei Erstkunden ab Versicherungsbeginn

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name, Vorname _____ Telefonnummer * _____

Versichertennummer _____ Mobil-Telefonnummer * _____

Geburtsdatum _____ E-Mail-Adresse * _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 seit: _____ seit: _____ seit: _____

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
 seit: _____ (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Ich war bisher für den Zeitraum von _____ bis _____

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung **versichert bei** _____
 nicht gesetzlich krankenversichert Name und Sitz der Krankenkasse _____

Mein Ehegatte ist selbst versichert **nein ja, bei** _____
 Name und Sitz der Krankenkasse _____

2. Familienangehörige

Die Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll, dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist). Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften nicht zu berücksichtigen.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (männlich/weiblich)	m w	m w	m w	m w
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: z. B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
Name der Krankenkasse (ggf. Abkürzung)				
Arbeitsverhältnis/Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Bitte unbedingt ankreuzen!	ja nein vom _____ bis _____	ja nein vom _____ bis _____	ja nein vom _____ bis _____	ja nein vom _____ bis _____
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (bei mehreren Beschäftigungen bitte gesondertes Blatt verwenden)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – Bitte Nachweise in Kopie beifügen (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten Zeitraum, für den die Einkünfte erzielt wurden bzw. werden (sofern der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden)	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) vom _____ bis _____
Schulbesuch/Studium (bitte bei Jugendlichen ab 23 Jahren eine Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (bitte eine Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner oben angegebenen Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____ ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

*Die Angaben der Telefonnummern und E-Mail-Adresse sind freiwillig.

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (VHB)

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