

Mitglied werden bei der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

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/17>
 - 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

Mitgliedschaftserklärung *allgemein*



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

Titel Name

Vorname Geburtsname

weiblich ledig verwitwet
 männlich verheiratet geschieden

Geschlecht Familienstand

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit/Nationalität Geburtsort

PLZ Wohnort

Straße, Hausnummer

Adresszusatz Land E-Mail Adresse*

Krankenversicherungsnummer Rentenversicherungsnummer Geschäftspartnernummer
(wird von der AOK ausgefüllt)

Vorwahl* Rufnummer* Mobilfunknummer*

* freiwillige Angaben

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

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

Betriebsnummer Arbeitgeber Telefonnummer*

PLZ Ort Straße, Hausnummer

* freiwillige Angaben

Arbeitslosengeld I

Kundennummer Agenturnummer Name und Sitz der Agentur für Arbeit

Arbeitslosengeld II

Kundennummer Agenturnummer Betriebsnummer (wenn Agenturnummer nicht vorhanden)
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name und Sitz des Jobcenters/der Kommune

Rentner Bezug ausländische Rente Rentenantragsteller Versorgungsbezug (z.B. Betriebsrente/ Pension),
auch aus dem Ausland

IK-Nr. letzte Krankenkasse Name der letzten Krankenkasse
(wird von der AOK ausgefüllt)

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

Wir benötigen für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses einige persönliche Angaben. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Sie ermöglichen es uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen. Fehlende, falsche, nicht rechtzeitige oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 60 ff. SGB I, §§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) führen.

Einwilligung zur Datennutzung

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, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kunden
(bei unter 15 jährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Vergleichsportal gesetzlichekrankenkassen.de

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