

Mitglied werden bei der AOK PLUS

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <https://kassensuche.de/antrag/9>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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

Antragsformular für Arbeitnehmer

Sie sind Arbeitnehmer?

Dann nutzen Sie bitte das Formular ab der nächsten Seite.

Sie möchten Ihre **Familienangehörigen beitragsfrei mitversichern**? Reichen Sie bitte den **Familienfragebogen** zusätzlich zum eigentlichen Antrag gemeinsam ein:



[Familienfragebogen zur kostenfreien Mitversicherung von Angehörigen](#)

(Abrufbar unter [gesetzliche.de/9fa](https://www.gesetzliche.de/9fa))

Weitere Antragsformulare

Sie sind Student?

Bitte verwenden Sie als Student den **speziellen Studentenantrag** und legen gleich die **Immatrikulationsbescheinigung/Studienbescheinigung** bei:



[Studentenantrag](#)

(Abrufbar unter [gesetzliche.de/9st](https://www.gesetzliche.de/9st))

Sie sind selbständig/freiberuflich tätig?

Bitte verwenden Sie als Selbständiger den **speziellen Antrag für Selbständige** und legen gleich den **letzten Steuerbescheid** bei. (Dieser wird von der Krankenkasse zur Berechnung des Beitrags benötigt.)



[Antrag für Selbständige](#)

(Abrufbar unter [gesetzliche.de/9sg](https://www.gesetzliche.de/9sg))

Sie möchten Ihre **Familienangehörigen beitragsfrei mitversichern**? Reichen Sie bitte den **Familienfragebogen** zusätzlich zum eigentlichen Antrag gemeinsam ein:



[Familienfragebogen zur kostenfreien Mitversicherung von Angehörigen](#)

(Abrufbar unter [gesetzliche.de/9fa](https://www.gesetzliche.de/9fa))

Vermittlungsauftrag für Pflichtversicherte

Ich beauftrage den hier genannten Vermittler mit der Vermittlung einer Mitgliedschaft bei der AOK PLUS ab

Stempel des Vermittlers

Name, Vorname (Vermittler)

AOK PLUS-Partnernummer

Persönliche Angaben (Pflichtfelder)

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w/d)

Geburtsort

Geburtsland

Telefon^{*}/Handy^{*}

E-Mail^{*}

Rentenversicherungsnummer

Ich möchte mich versichern als:

Arbeitnehmer Arbeitslosengeld Saisonarbeitnehmer
(Unterlagen zur Saisonstätigkeit wurden ausgegeben)

Auszubildender Bürgergeld

Mehrfachbeschäftigung

Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / ARGE / Kommune

Betriebs-/Kundennummer

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Rentenanspruch Rentenbezug

Rentenart/Rententräger

Sonstige

Pflegebedürftigkeit

(Mehrfachnennungen möglich)

Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / ARGE / Kommune

Betriebs-/Kundennummer

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Versorgungsbezug

Art des Versorgungsbezuges und Zahlstelle

Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder).

ja nein

Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung

Ich war familienversichert bei

Name, Vorname, Geburtsdatum

Krankenkassenart

Bei Vorversicherung im Ausland

01 vorher bei AOK PLUS versichert
02 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
03 ohne deutsche Vorversicherung

Private Krankenversicherung

41 vorher bei AOK PLUS versichert
42 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
43 ohne deutsche Vorversicherung

Freie Heilfürsorge

51 vorher bei AOK PLUS versichert
52 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
53 ohne deutsche Vorversicherung

Keine Versicherung

61 vorher bei AOK PLUS versichert
62 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
63 ohne deutsche Vorversicherung

KV^{**} der Bahnbeamten

71 vorher bei AOK PLUS versichert
72 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
73 ohne deutsche Vorversicherung

Postbeamtenkrankenkasse

81 vorher bei AOK PLUS versichert
82 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
83 ohne deutsche Vorversicherung

Sonstige Versicherung

91 vorher bei AOK PLUS versichert
92 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV^{**} versichert
93 ohne deutsche Vorversicherung

*Krankenversicherung

Krankenversicherungswechsel auf Grund von:

0. Kein Meldeverfahren notwendig
1. Beginn Versicherungspflicht (z.B. Arbeitgeberwechsel, Wechsel in ALG)
3. Kündigung bzw. Sonderkündigung
4. Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
5. Errichtung/Ausdehnung einer BKK

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datenschutzrechte

Die Datenschutzhinweise des Vermittlers dieses Vermittlungsauftrages habe ich zur Kenntnis erhalten.

Datenschutzhinweis

Damit die AOK PLUS als die von Ihnen gewählte Krankenkasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK PLUS nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Die Erhebung und Übermittlung der Daten an die AOK PLUS erfolgt auf Grundlage des Artikels 6 (1) lit. B EU DS-GVO, um in Ihrem Sinne die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zu vermitteln. Sofern ein Lichtbild übermittelt wird, wird dieses zur Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nach den §§ 291, 291a SGB V erhoben und verarbeitet.

Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen, bitten wir Sie auch um die freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail Adresse. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder durch die AOK PLUS beauftragte Dienstleister sein. Die Einwilligung zur Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) Ihrer Daten durch die AOK PLUS erfolgt auf freiwilliger Basis. Wenn Sie einwilligen, nutzt die AOK PLUS Ihre Daten schriftlich oder telefonisch für weitere Informationen oder Beratung zu den Vorteilen der AOK PLUS oder zu privaten Zusatzversicherungen unserer Vertragspartner. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der AOK PLUS widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie direkt gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, über jeden anderen Servicekontakt der AOK PLUS oder unter plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung wahrnehmen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung der AOK PLUS und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den „Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten“, welche diesem Vermittlungsauftrag beiliegen. Alternativ finden Sie diese auch unter <http://aok.de/plus/datenschutzrechte> und kann Ihnen auf Wunsch auch jederzeit ausgehändigt werden.

Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de oder
den Datenschutzbeauftragten unter [Datenschutzbeauftragter](mailto:Datenschutzbeauftragter@plus.aok.de) der AOK PLUS, 01058 Dresden, datenschutz@plus.aok.de

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch die AOK PLUS

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK PLUS meine angegebenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK, zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK zu informieren und zu beraten sowie um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Daten werden dann bei der AOK PLUS gelöscht.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben, inklusive der Adressdaten. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unaufgefordert informieren.

Erklärung zur Krankenkassenwahl

Ich bin über mein Wahlrecht informiert und wähle die AOK PLUS als meine zukünftige Krankenkasse. Ich bestätige, dass mir bewusst ist, dass ausschließlich die AOK PLUS über das Zustandekommen oder Nichtzustandekommen meiner Mitgliedschaft aufgrund des Vermittlungsauftrages entscheidet.

Einwilligung zur Datenübermittlung

Mit meiner Unterschrift

- beauftrage ich den genannten Vermittler, meinen Vermittlungsauftrag an die AOK PLUS zu übermitteln.
- erkläre ich mein Einverständnis damit, dass die AOK PLUS an den genannten Vermittler für Abrechnungszwecke meine Identifikationsdaten und die Informationen übermittelt, ob und gegebenenfalls ab wann eine Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zustande gekommen ist.

Stempel des AOK PLUS-Mitarbeiters

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Unterschrift des Vermittlers

Mitarbeiter der AOK PLUS und KI-Kennung

Wird von der AOK PLUS ausgefüllt! HB FB Fil MwM

VM: _____ GP _____
Name, Vorname, AOK PLUS-Partnernummer

Postkz.: _____ Tel Br VA TS AE, Datum: _____ Bild für eGK vorhanden

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Empfänger (z.B. „Personalabteilung“)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Personalnummer:
Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

krankenversichert sein.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift