

## Mitglied werden bei der AOK Sachsen-Anhalt

### 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 dem ausgefüllten Mitgliedschaftsantrag per Post direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere.

#### **Kassensuche GmbH**

Zentraler Antragservice  
Vilbeler Landstraße 186  
60388 Frankfurt

*Bitte nicht faxen oder mailen,  
sondern per Post einsenden.*

- 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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

# Antrag zur gesetzlichen Krankenversicherung



Ich möchte Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse werden ab:

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
PLZ, Wohnort/ggf. Ortsteil:		Rentenversicherungs-Nr.:	
Straße, Hausnummer:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefonnummer:

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

(Bitte alle zutreffenden Punkte ausfüllen!)

- Ausbildungsverhältnis  
  ALG I Bezieher  
  ALG II Bezieher  
  Rentner  
  Saisonarbeiter  
 Sonstiges Beschäftigungsverhältnis  
  Mini-Job  
  Beschäftigung bis JAE  
  Beschäftigung über JAE

als  Tätigkeit/Rentenart besteht seit  beginnt am

bei  Name Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger       Telefon  
 Anschrift Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger       Betriebsnummer/Kundennummer

## Leistungsbezug der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

Ich beziehe seit:  Krankengeld     Pflegegeld     Witwenrente\*/Waisenrente o. a.

\*) Bei Leistungsbezug Witwen-/Waisenrente Angaben zum Verstorbenen ergänzen

\*RV-Nr. des Verstorbenen       \*Name des Verstorbenen       \*bei folgendem Rentenversicherungsträger/Versorgungsamt

## Angaben zur bisherigen Versicherung der letzten 18 Monate

von	bis	Name der Krankenkasse	pflicht-versichert	freiwillig-versichert	hauptberuflich selbstständig	familien-versichert	nicht versichert	privat-versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Original-Kündigungsbestätigung ist beigelegt  reiche ich nach  ist nicht erforderlich

## Familienangehörige

Ich habe keine Angehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Angehörigenverhältnis (Ehegatte, Kind, Stiefkind)	Familienversicherung wird gewünscht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja    nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja    nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja    nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja    nein, ist selbst oder familienversichert bei:

Wenn ja, Anlage Fami-Bogen ausfüllen!

## Datenschutzhinweis/Einwilligungserklärung

**Datenschutzhinweis:** Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. Diese Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. §175 SGB V und §94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Mitgliedschaft bzw. Versicherung nach §§ 5-10 SGB V und §§ 20 bis 26 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. 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 von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/san/datenschutzrechte](http://www.aok.de/san/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Sachsen-Anhalt, 39084 Magdeburg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Servicehotline: 0800/ 226 57 26 oder unter [Datenschutz@san.aok.de](mailto:Datenschutz@san.aok.de).

**Einwilligung:** Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Sachsen-Anhalt oder meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten (bzw. die meiner Tochter/meines Sohnes) für maximal 4 Jahre 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, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Weiterhin gilt sie auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft bei der AOK Sachsen-Anhalt nicht zustande kommt.

Ort, Datum       Unterschrift des Kunden (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)       Unterschrift des AOK-Beraters

## Interne Bearbeitungsvermerke

Name, Vorname (Mitarbeiter) in Druckschrift	Orga-Einheit:	LI-Kennung:
Name, Vorname (externer Werber) in Druckschrift	Geschäftspartnernummer:	

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://gesetzlicheKrankenkassen.de) / Kassensuche

# Antrag zur gesetzlichen Krankenversicherung

Ich möchte Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse werden ab:

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
PLZ, Wohnort/ggf. Ortsteil:		Rentenversicherungs-Nr.:	
Straße, Hausnummer:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefonnummer:

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

(Bitte alle zutreffenden Punkte ausfüllen!)

- Ausbildungsverhältnis  
  ALG I Bezieher  
  ALG II Bezieher  
  Rentner  
  Saisonarbeiter  
 Sonstiges Beschäftigungsverhältnis  
  Mini-Job  
  Beschäftigung bis JAE  
  Beschäftigung über JAE

als  Tätigkeit/Rentenart besteht seit  beginnt am

bei  Name Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger       Telefon

Anschrift Arbeitgeber/Leistungsträger/Rententräger       Betriebsnummer/Kundennummer

## Leistungsbezug der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

Ich beziehe seit:  Krankengeld     Pflegegeld     Witwenrente\*/Waisenrente o. a.

\*) Bei Leistungsbezug Witwen-/Waisenrente Angaben zum Verstorbenen ergänzen

\*RV-Nr. des Verstorbenen     
  \*Name des Verstorbenen     
  \*bei folgendem Rentenversicherungsträger/Versorgungsamt

## Angaben zur bisherigen Versicherung der letzten 18 Monate

von	bis	Name der Krankenkasse	pflicht-versichert	freiwillig-versichert	hauptberuflich selbstständig	familien-versichert	nicht versichert	privat-versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Original-Kündigungsbestätigung ist beigelegt  reiche ich nach  ist nicht erforderlich

## Familienangehörige Ich habe keine Angehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Angehörigenverhältnis (Ehegatte, Kind, Stiefkind)	Familienversicherung wird gewünscht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	nein, ist selbst oder familienversichert bei:

Wenn ja, Anlage Fami-Bogen ausfüllen!

## Datenschutzhinweis/Einwilligungserklärung

**Datenschutzhinweis:** Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. Diese Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. §175 SGB V und §94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Mitgliedschaft bzw. Versicherung nach §§ 5-10 SGB V und §§ 20 bis 26 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. 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 von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/san/datenschutzrechte](http://www.aok.de/san/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Sachsen-Anhalt, 39084 Magdeburg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Servicehotline: 0800/ 226 57 26 oder unter [Datenschutz@san.aok.de](mailto:Datenschutz@san.aok.de).

**Einwilligung:** Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Sachsen-Anhalt oder meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten (bzw. die meiner Tochter/meines Sohnes) für maximal 4 Jahre 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, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Weiterhin gilt sie auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft bei der AOK Sachsen-Anhalt nicht zustande kommt.

Ort, Datum     
  Unterschrift des Kunden (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)     
  Unterschrift des AOK-Beraters

## Interne Bearbeitungsvermerke

Name, Vorname (Mitarbeiter) in Druckschrift	Orga-Einheit:	LI-Kennung:
Name, Vorname (externer Werber) in Druckschrift	Geschäftspartnernummer:	

**Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten**

Ihre Daten sind bei der AOK Sachsen-Anhalt in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

**Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?**

Die AOK Sachsen-Anhalt hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK Sachsen-Anhalt die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I)) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z.B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden der AOK Sachsen-Anhalt auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogene Daten verarbeitet werden müssen. Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten.
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte.
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung.
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmung des Zuzahlungsstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze.
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern.
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung.
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes.
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern.
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten.
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen.
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen.
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege.
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern.
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft.
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a SGB V).
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK Sachsen-Anhalt Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1a EU-DSGVO).

**Welche Daten verarbeiten wir?**

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

1. Daten zur Person (z.B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
2. Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Beitrags- und Zahlungsdaten
5. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z.B. Diagnosen, Arbeitsfähigkeitszeiten)
6. Daten zur Pflegeperson
7. Daten zum gesetzlichen Vertreter
8. Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
9. Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
10. Daten von Arbeitgeber und deren Steuerberatern
11. Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

**Wer bekommt Ihre Daten?**

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK Sachsen-Anhalt kann ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK Sachsen-Anhalt darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

**Wie lange speichern wir Ihre Daten?**

Die Daten werden für die Aufgabewahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

**Welche Rechte haben Sie?**

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

**Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?****Verantwortlicher:**

AOK Sachsen-Anhalt, Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg, Telefon-Nr. 0800/226 57 26, service@san.aok.de, www.san.aok.de, Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

**Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten:**

AOK Sachsen-Anhalt  
Beauftragter für den Datenschutz  
39084 Magdeburg

unter der Servicehotline: 0800/ 226 57 26 oder  
unter Datenschutz@san.aok.de

**Haben Sie ein Beschwerderecht?**

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK Sachsen-Anhalt zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt  
Postfach 19 47  
39009 Magdeburg

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