

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://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
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Mitgliedschaftserklärung *allgemein*



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Name

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Geburtsname

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
Geschlecht	Familienstand	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit/Nationalität	Geburtsort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort

<input type="text"/>
Straße, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresszusatz	Land	E-Mail Adresse*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer	Geschäftspartnernummer (wird von der AOK ausgefüllt)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorwahl*	Rufnummer*	Mobilfunknummer*

* freiwillige Angaben

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betriebsnummer	Arbeitgeber	Telefonnummer*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer

* freiwillige Angaben

Arbeitslosengeld I

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kundennummer	Agenturnummer	Name und Sitz der Agentur für Arbeit

Arbeitslosengeld II

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kundennummer	Agenturnummer	Betriebsnummer (wenn Agenturnummer nicht vorhanden) (wird von der AOK ausgefüllt)

Name und Sitz des Jobcenters/der Kommune

<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Bezug ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Rentenantragsteller	<input type="checkbox"/> Versorgungsbezug (z.B. Betriebsrente/ Pension), auch aus dem Ausland
----------------------------------	---	--	--

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IK-Nr. letzte Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt)	Name der letzten Krankenkasse

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

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/nds/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten 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. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst auch den telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und ich kann sie jederzeit widerrufen. Es gelten die in den allgemeinen Informationen „Hinweise zur Datenverarbeitung durch die AOK Niedersachsen“ genannten Betroffenenrechte.

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