

Mitglied werden bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

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

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



AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse

Ich wähle die Mitgliedschaft in der AOK

ab _____ bzw. einem früheren Beginn einer Versicherungspflicht.

| | | | | |
|----------------------------------|---------|--------------|---|---------------|
| Vorname, Name | | Geburtsdatum | Geschlecht | Familienstand |
| | | | männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> | |
| Straße, Hausnummer, Adresszusatz | | | PLZ, Ort | |
| | | | | |
| Telefon * | Handy * | E-Mail * | | |
| | | | | |

| | | | |
|--|------------|---------------------|--|
| Versicherungsnummer der Rentenversicherung | | | |
| nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt | | | |
| Geburtsname | Geburtsort | Staatsangehörigkeit | |
| | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------|
| Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb | | | Betriebsnummer |
| | | | |
| Anschrift | | | |
| | | | |
| beschäftigt ab/seit | Beruf/Ausbildungsberuf | voraus. Ende der Ausbildung | |
| | | | |

Ich war von _____ bis _____ selbst als Mitglied versichert bei familienversichert bei
Name, Anschrift der Krankenkasse

Ich beziehe Rente.

Ich habe mich bis unmittelbar vor dem Beginn der Mitgliedschaft im Ausland aufgehalten.

Vor meinem Auslandsaufenthalt war ich in Deutschland zuletzt versichert bei

Name, Anschrift der Krankenkasse

Ich war noch nie in Deutschland gesetzlich versichert.

Nach Ende dieser Beschäftigung kehre ich ins Ausland zurück.

Meine Familienangehörigen sollen kostenlos mitversichert werden.

Über meine Wahlrechte wurde ich informiert. Bitte teilen Sie meinem Arbeitgeber meine Entscheidung mit.

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. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse und ggf. der Telefonnummer Ihres Arbeitgebers. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (*). Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://rps.aok.de/mhalt/datenschutzerklaerung-3/> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter michael.eberle@rps.aok.de.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: widerruf@rps.aok.de.

Einwilligung

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, 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 durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

¹ Ankreuzfeld

Ort, Datum

Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Von der AOK auszufüllen:

Die Annahme der Erklärung wird bestätigt:

[gesetzlichekrankenkassen.de](https://www.gesetzlichekrankenkassen.de)

GP-Nr. RPS: 3005131989

Ort, Datum

Berater

Bild für eGK: bereits im Bestand beigefügt wird nachgereicht/hochgeladen Bildbogen zusenden

Familienfragebogen zusenden: ja nein

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](https://www.gesetzlicheKrankenkassen.de) / Kassensuche

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