

## Mitglied werden bei der AOK Bayern

### 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/8>
  - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
  - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
  - per Post: Bitte schicken an
- 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.

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

**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)

# Meine Wahl – AOK Bayern.



Ich werde  vorbehaltlich eines Ausbildungsvertrages  
 mit Beginn meines Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnisses  
 ab \_\_\_\_\_ Mitglied der AOK. Ich bin über mein Krankenkassenwahlrecht informiert.

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_  männl.\*  weibl.\*

Geburtsname\* \_\_\_\_\_ Geburtsort\* \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit\* \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer\* \_\_\_\_\_ Postleitzahl und Wohnort\* \_\_\_\_\_

Telefon (für Rückfragen) \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

bisherige Krankenkasse \_\_\_\_\_ von – bis \_\_\_\_\_

Ich war bisher:\*  familienversichert  privat krankenversichert  nicht versichert

Mein Beschäftigungsverhältnis besteht/beginnt\*  Mein Ausbildungsverhältnis beginnt voraussichtlich\*

am/seit\* \_\_\_\_\_ bis\* \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Name des Arbeitgebers\* \_\_\_\_\_ Betriebsnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer\* \_\_\_\_\_ Postleitzahl und Ort\* \_\_\_\_\_

Ich habe Angehörige, die ich bei der AOK Bayern mitversichern möchte:  ja  nein

Ich beauftrage die AOK Bayern,

- meinen Arbeitgeber über meine Kassenwahl zu informieren.
- den Sozialversicherungsausweis für mich bei der Rentenversicherung zu beantragen.
- die Rentenversicherungsnummer für mich bei der Rentenversicherung zu beantragen.

Die Rentenversicherungsnummer liegt vor:

## Datenschutzhinweis/Zweckbestimmung:

Mit der Angabe Ihrer oben genannten Daten erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Vertriebspartner diese zur Abrechnung mit der AOK Bayern verarbeitet und an die AOK Bayern übermittelt und dass die AOK Bayern dem Vertriebspartner den Beginn der Mitgliedschaft mitteilt. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V zum Zwecke der Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfeld eingerichtet (\*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Bayern oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung (siehe Einwilligung im Anschluss an diesen Datenschutzhinweis). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Wir benötigen für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter [www.aok.de/bayern/widerruf](http://www.aok.de/bayern/widerruf) wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de).

## Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten bis auf Widerruf verarbeitet, 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.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten  
(bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_

BI-Nummer/Name, Vorname des AOK-Mitarbeiters \_\_\_\_\_

Geschäftspartnernummer  
des Vertriebspartners \_\_\_\_\_

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