

## 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"/> divers <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	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 Kündigungsbestätigung ist beigefügt  reiche ich nach  ist nicht erforderlich  Kassenwahlrecht nach BSG-Urteil

## 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) 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:	



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