

Mitglied werden bei der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/17>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

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

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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:

Tag	Monat	Jahr



Persönliche Angaben

Titel	Name

Vorname	Geburtsname

weiblich divers

männlich

Geschlecht	Geburtsland	Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit/Nationalität	Geburtsort

PLZ	Wohnort

Straße, Hausnummer

Adresszusatz	Land	E-Mail Adresse*

Krankenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer	Geschäftspartnernummer (wird von der AOK ausgefüllt)

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/-in/Publizist/-in | <input type="checkbox"/> Ausbildungsverhältnis | <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges Soziales Jahr | |
| <input type="checkbox"/> Reha-Werkstatt für Beh. | <input type="checkbox"/> Reha f. Jugendl. in einer Bildungseinr. | <input type="checkbox"/> Berufl. Reha d. Rent.-ver. | <input type="checkbox"/> Berufl. Reha d- AfA |

Betriebsnummer	Arbeitgeber	Telefonnummer*

PLZ	Ort	Straße, Hausnummer

* freiwillige Angaben

Arbeitslosengeld I

Kundennummer	Agenturnummer	Name und Sitz der Agentur für Arbeit

Arbeitslosengeld II

Kundennummer	Agenturnummer	Betriebsnummer (wenn Agenturnummer nicht vorhanden) (wird von der AOK ausgefüllt)

Name und Sitz des Jobcenters/der Kommune

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

IK-Nr. letzte Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt)	Name der letzten Krankenkasse

Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf (Bitte entsprechende Nachweise beifügen, sofern erforderlich)

AOK-Niedersachsen-versichert Fremdkasse

von bis

eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
 familienversichert

Betriebs-Nr. d. letzten Krankenkasse
(wird von der AOK ausgefüllt)

IK-Nr. d. letzten 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

Betriebs-Nr. letzte Krankenkasse
(wird von der AOK ausgefüllt)

IK-Nr. letzte Krankenkasse
(wenn familienversichert)
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name der letzten Krankenkasse

Art der Meldung nicht notwendig Beginn Vers.pflicht Kündigung/Sonderkündigung

Familienversicherung

Sind Familienangehörige vorhanden? Ja Nein

Wird für Familienangehörige die
beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? Ja Nein

Familienfragebogen ist beigelegt 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 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, Vahrenwalder Str.133, 30165 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Niedersachsen 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

Ihre Unterschrift
(bei unter 15-Jährigen Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kundenberaters / Ansprechpartners im Betrieb

Mitarbeiter ID intern (BP-Nummer)

Typ



Eingangsstempel

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift