

Mitglied werden bei der AOK PLUS

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/9>
 - 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

Vermittlungsauftrag für Pflichtversicherte

Ich beauftrage untenstehenden Vermittler mit der Vermittlung einer Mitgliedschaft bei der AOK PLUS ab

gesetzlichekrankenkassen.de -
Ihr Vergleichsportal für
Gesetzliche Krankenkassen

Name, Vorname (Vermittler)

AOK PLUS-Partnernummer

Persönliche Angaben (Pflichtfelder)

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w)

Telefon*/Handy*

E-Mail*

Rentenversicherungsnummer

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Auszubildender |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II |
| <input type="checkbox"/> Rentenantrag | <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Rentenbezug | <input type="checkbox"/> Saisonarbeitnehmer
(Unterlagen zur Saisontätigkeit wurden
ausgegeben) |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit | |

(Mehrfachnennungen möglich)

Rentenart/Rententräger

Versorgungsbezug

ja nein

Art des Versorgungsbezuges und Zahlstelle

Weitere Angaben

Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / ARGE / Kommune

Betriebs-/Kundennummer

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der bisherigen Krankenversicherung / bei Ausland Angabe des Landes

Meine bisherige Versicherung endet zum

Grund (z. B. Beschäftigungsbeginn, -ende)

Meine bisherige Versicherung habe ich am

gekündigt.

Meine Kündigungsbestätigung füge ich bei.

Meine Kündigungsbestätigung reiche ich nach.

Ich war familienversichert

bei: Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich war noch nie krankenversichert.

Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder).

ja nein

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