



# Mitgliedschaftsantrag

Ja, ich möchte AOK-Mitglied werden ab

(Gilt als Erklärung zur Krankenversicherung und als vorläufige Mitgliedsbescheinigung der AOK)

## Angaben zur Person

Rentenversicherungs-Nr.

Name  Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort\*

Geburtsname\*

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

weiblich  männlich Familienstand

Staatsangehörigkeit

\* Wenn keine Rentenversicherungs-Nummer angegeben werden kann.

Ich war in den letzten 18 Monaten

<input type="checkbox"/> pflichtversichert	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	Name der KK <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	Name der KK <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> privat versichert	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	Name der KK <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> familienversichert	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	Name der KK <input type="text"/>

durch (Name des Mitglieds)

Geburtsdatum

nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung

von  bis  Grund

Ich beauftrage die AOK

mir bei der Anrechnung von Schulzeiten (lt. Schulzeitbescheinigung) behilflich zu sein,

meinen Arbeitgeber über meine AOK-Mitgliedschaft zu informieren.

\_\_\_\_\_

## Angaben zur derzeitigen Beschäftigung

Mein Ausbildungsverhältnis

Mein Beschäftigungsverhältnis

besteht seit/beginnt am

endet voraussichtlich am

als

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

monatliches Einkommen (brutto) in Euro

Ich bin arbeitslos  Kundennummer

Ich bin Rentner/in

## Familienversicherung

Familienangehörige sind vorhanden  Ja  Nein

Ich beantrage die Familienversicherung  Ja (siehe beiliegenden Antrag)  Nein

## Krankenzusatzversicherungen

Interesse  kein Interesse  beantragt

## Pflegezusatzversicherungen

Interesse  kein Interesse  beantragt

**Datenschutzhinweis (§§ 67a, 67b SGB X):** Die Daten werden von der AOK Niedersachsen für die Durchführung der Krankenversicherung (§ 5 SGB V), der Familienversicherung (§ 10 SGB V) und der Pflegeversicherung (§ 20 SGB XI) erhoben, verarbeitet und genutzt. Ohne diese Daten können die Versicherungen nicht durchgeführt werden. Die Angabe von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig und soll helfen, Ihre Anfragen schneller zu bearbeiten und Sie über aktuelle Themen zu informieren.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Jede Änderung werde ich mitteilen.

Vorbehaltlich einer abschließenden versicherungsrechtlichen Prüfung wird die Mitgliedschaft hiermit bestätigt.

Datum

Unterschrift des Kunden

Datum

Unterschrift des Kundenberaters/Ansprechpartners im Betrieb

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
AOKdirekt  
Hildesheimer Str. 273  
30519 Hannover

**Onlineantrag „Mitglied werden“ vom**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten meinen ausgefüllten und **unterschiedlichen** Antrag auf Mitgliedschaft bei der AOK Niedersachsen.

Falls zutreffend: Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Kasse schicke ich Ihnen zu, sobald sie mir vorliegt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

*Bitte tragen Sie Ihre Daten in die obere Box ein*

*Anschrift der bisherigen Krankenkasse*

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Versicherungs-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte senden Sie mir umgehend eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung zu.

Á

Mit freundlichen Grüßen Á

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
AOKdirekt  
Hildesheimer Str. 273  
30519 Hannover

**Onlineantrag „Mitglied werden“ vom  
Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage