



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Sachsen-Anhalt wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Sachsen-Anhalt** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **AOK Sachsen-Anhalt** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **AOK Sachsen-Anhalt** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK Sachsen-Anhalt** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK Sachsen-Anhalt** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

1. Angaben zur Person

Name, Vorname	RV-Nummer	☐ männlich ☐ divers ☐ weiblich ☐ unbestimmt	Staatsangehörigkeit
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Wohnort	Fam.-Stand.	Telefon
Geburtsdatum	Geburtsort, Geburtsland	E-Mail Adresse	



2. Angehörige

☐ Ehegatte ist nicht selbst versichert	☐ Ehegatte ist selbst versichert bei
Kinder ☐ keine ☐ ja (Anzahl)	☐ Kinder mitversichert (Antrag Familienversicherung) ☐ Kinder selbst versichert bei

3. Angaben zu meiner derzeitigen Tätigkeit oder Beschäftigung

☐ selbständig	seit	Gewerbeart
Betriebsnummer	Art der ausgeübten Tätigkeit	
Beschäftigen Sie Arbeitnehmer mehr als geringfügig? ☐ ja ☐ nein		
Wie hoch ist die wöchentliche Arbeitszeit aus der zu beurteilenden Tätigkeit? Stunden		
☐ Arbeitnehmer	Arbeitgeber	
☐ Ich bin wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht mehr versicherungspflichtig.		
☐ Beamter/Dienstordnungsangestellter	Dienstbezeichnung	Dienstherr
Besteht Anspruch auf Heilfürsorge? ☐ ja ☐ nein		
☐ Soldat auf Zeit, Berufssoldat	Dienstbezeichnung	
☐ Pensionär, Altenteiler	Datum Rentenbescheid/Rentenantragstellung	
☐ Rentner, Rentenantragsteller		
☐ Sozialhilfeempfänger	Sozialamt	
☐ Hausfrau ohne eigenes Einkommen		
☐ Umschüler (ESF) – Bescheinigung beifügen –		
☐ Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt am		
☐ Schüler, Student, Umschüler – Bitte Schulbescheinigung beifügen –		
☐ Nicht erwerbstätig		

4. Die freiwillige Krankenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung wird beantragt

4.1 wegen Ausscheidens aus der Pflichtmitgliedschaft

☐ wegen Kassenwechsel ☐ sofortiger Kassenwechsel ☐ Kündigungsverfahren

Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung

von	bis	Krankenkasse (ggf. Nachweis durch Mitgliedszeitenbescheinigung)	Pflichtmitgl.	Versicherungsart Renten- antragst. Mitgl.	Freiw. Mitgl.	Fam.- vers.
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

4.2 wegen Beendigung der Familienversicherung

☐ Familienversicherung endet am:	Grund (z. B. Ende der Schulausbildung)	☐ Scheidungsurteil rechtskräftig ab
		☐ Tod des Stammversicherten am

Angaben zur Familienversicherung (Stammversicherter, Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse)

(Angaben zur Vorversicherungszeit bei 4.1 eingetragen)

4.3 wegen erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung

Wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze besteht Krankenversicherungsfreiheit.

4.4 als Schwerbehinderte(r) im Sinne des SGB IX

Schwerbehinderung festgestellt durch (Amt)	Bescheid vom	Grad der Erwerbsminderung v. H.



➔ Bitte Kopie
Anerkennungsbescheid
oder Ausweis beifügen.

Eine Versicherungszeit in der Krankenversicherung von mindestens 3 Jahren innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem Beitritt

☐ kann ich nicht nachweisen

☐ kann nachweisen

☐ ich selbst

☐ mein Vater

☐ meine Mutter

☐ mein Ehegatte

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

versichert von/bis

4.5 ☐ wegen Rückkehr in das Bundesgebiet

am

Im Ausland beschäftigt gewesen von/bis

Vor diesem Zeitraum bereits krankenversichert gewesen bei

5. Die freiwillige Versicherung wird beantragt ab

6. Derzeitige/Zukünftige Einnahmen/Geldmittel

Art		Bruttobetrag monatlich EUR	Bruttobetrag jährlich EUR
1.	aus selbständiger Tätigkeit (Gewinn - ermittelt nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuergesetzes)		
2.	aus einer Beschäftigung		
3.	Rente(n) (ohne Krankenversicherungs- und Kinderzuschuss)	Art	
4.	Versorgungsbezüge (z. B. Pension(en), Betriebsrente(n), Zusatzrente(n))	Art	
5.	Einmalige Zuwendungen (z. B. Weihnachts-/Urlaubsgeld, Tantiemen)	Art	
6.	Einkünfte aus Kapitalvermögen (Bruttoeinnahmen ohne Abzug des Steuerfreibetrages)	Art	
7.	Sonstige Einnahmen (z. B. Mieten, Pachteinnahmen, Zinsen)	Art	
8.	Sozialhilfe (Gesamtbetrag der Hilfe zum Lebensunterhalt)		
9.	Unterhalt des früheren/getrennt lebenden Ehegatten, der Eltern usw.		
10.	Bruttoeinkommen des Ehemannes (bei Hausfrauen)		
11.	Bei Fehlen eines eigenen Einkommens	Wodurch bestreiten Sie sonst Ihren Lebensunterhalt? (Hier auch angeben, wenn Sie von jemandem unterhalten werden.)	

7. Anspruch auf Krankengeld

Ich wünsche die Versicherung

- ☐ mit Anspruch auf Krankengeld ab 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit.
(bitte dazu die Wahlerklärung für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ausfüllen und zurück senden)
- ☐ ohne Anspruch auf Krankengeld.

Ich versichere, dass ich meinen Lebensunterhalt mit dem Arbeitseinkommen aus meiner selbstständigen Tätigkeit bestreite. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit verliere ich dieses Einkommen

☐ ganz/überwiegend.

wichtige Info: Beachten Sie hierzu bitte die beigelegten Hinweise zum Antrag auf freiwillige Versicherung unter Punkt 4.

8. Beitragszahlung

- ☐ Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen.
- ☐ Die Beiträge sollen von meinem Konto einzogen werden (bitte beigelegtes SEPA-Lastschriftmandat im Original ausgefüllt an uns zurück senden)
- ☐ Die Beiträge werden vom Sozialamt überwiesen.

Die vorstehenden Angaben entsprechen der Wahrheit. Jede Änderung werde ich mitteilen. Die dem Antrag beigelegten Hinweise über die Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen. Über die Möglichkeit, sich von der sozialen Pflegeversicherung innerhalb von 3 Monaten nach deren Beginn bei Vorlage eines gleichwertigen privaten Pflegeversicherungsvertrages befreien zu lassen, bin ich informiert worden.

Datenschutzhinweis: Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. Diese Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Mitgliedschaft bzw. Versicherung nach §§ 5 ff SGB V und §§ 20 bis 26 SGB XI sowie der Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung nach §§ 226 ff SGB V und §§ 54 bis 61 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Durchführung der Mitgliedschaft bzw. Versicherung sowie der Feststellung der Beitragspflicht, -bemessung bzw. -zahlung führen. 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/datenschutz-rechte 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.

☐ **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 Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters

Interne Bearbeitungsvermerke

Name, Vorname AOK-Mitarbeiter

Unterschrift AOK-Mitarbeiter

LI02059

LI-Kennung

krankenkassennetz.de GmbH

Name, Vorname externer Werber

Gesprächspartnernummer



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Sachsen-Anhalt
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

