

## Mitglied werden bei der AOK Bremen/Bremerhaven

### 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://wiwo.kassensuche.de/antrag/16>
  - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
  - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
  - per Post: Bitte schicken an
- 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.

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

**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)

# Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab   
Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

Kundenberater(in)   
Telefon

## Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.   
Name\*   
Vorname\*   
Geburtsdatum\*   
Geburtsort\*   
Geburtsname\*   
Straße/Haus-Nr.\*   
PLZ/Wohnort\*   
Telefon   
E-Mail   
Geschlecht\*  weibl.  männl.  Familienstand   
Staatsangehörigkeit\*

## Angaben zur derzeitigen Beschäftigung

Mein Ausbildungsverhältnis   
Mein Beschäftigungsverhältnis   
besteht seit/beginnt am   
endet vorauss. am   
als   
Name Arbeitgeber   
Straße/Haus-Nr.   
PLZ/Wohnort   
Telefon   
monatliches Einkommen (brutto) in Euro   
Ich bin arbeitslos  Kunden-Nr.:   
Ich bin Rentner(in)   
Ich beziehe eine Rente aus dem Ausland  ja  nein  
Anzahl Kinder   
z. Z. familienversichert bei   
(Name der Krankenkasse)

Ich war in den letzten 18 Monaten von bis Name der KK  
 pflichtversichert     
 freiwillig versichert     
 privat versichert     
 nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung  
 familienvers. durch:     
Name des Mitglieds   
Geburtsdatum

Ich beantrage ihre Familienversicherung  ja  nein  
**Mehrwertangebote** Interesse kein Interesse beantragt  
 Zusatzversicherung     
 AOK-Bonus-Wahltarif     
 AOK plusCard     
 AOK-Prämienprogramm     
 Programm 500 € PLUS

Ich beauftrage die AOK:  
 von der Rentenversicherung die für mich notwendigen Unterlagen (Versicherungsnummer, -ausweis) anzufordern,  
 mir bei der Anrechnung von Schulzeiten (lt. Schulzeitbescheinigung) behilflich zu sein,  
 meinen Arbeitgeber über meine AOK-Mitgliedschaft zu informieren.  
 \_\_\_\_\_

## Einwilligung zur Datennutzung

**Datenschutzhinweis:** Wir benötigen einige persönliche Angaben zu dem oben genannten Zweck. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder gekennzeichnet (\*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie weitere Informationen von der AOK, benötigen wir für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/hb/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder unsere Datenschutzbeauftragte unter [Datenschutz@hb.aok.de](mailto:Datenschutz@hb.aok.de).

## Einwilligungserklärung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten 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 oder um Zufriedenheitsbefragungen durchzuführen, per Brief, E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Datum  Unterschrift  Unterschrift des/der Kundenberaters/in



über [gesetzlichekrankenkassen.de](http://gesetzlichekrankenkassen.de) / Kassensuche (WIWO)

Für die AOK

# Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab   
Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

Kundenberater(in)   
Telefon

## Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.   
Name\*   
Vorname\*   
Geburtsdatum\*   
Geburtsort\*   
Geburtsname\*   
Straße/Haus-Nr.\*   
PLZ/Wohnort\*   
Telefon   
E-Mail   
Geschlecht\*  weibl.  männl.  Familienstand   
Staatsangehörigkeit\*

## Angaben zur derzeitigen Beschäftigung

Mein Ausbildungsverhältnis   
Mein Beschäftigungsverhältnis   
besteht seit/beginnt am   
endet vorauss. am   
als   
Name Arbeitgeber   
Straße/Haus-Nr.   
PLZ/Wohnort   
Telefon   
monatliches Einkommen (brutto) in Euro   
Ich bin arbeitslos  Kunden-Nr.:   
Ich bin Rentner(in)   
Ich beziehe eine Rente aus dem Ausland  ja  nein  
Anzahl Kinder   
z. Z. familienversichert bei   
(Name der Krankenkasse)

Ich beantrage ihre Familienversicherung  ja  nein

| Mehrwertangebote                             | Interesse                | kein Interesse           | beantragt                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> AOK-Bonus-Wahltarif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> AOK plusCard        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> AOK-Prämienprogramm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Programm 500 € PLUS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich war in den letzten 18 Monaten von bis Name der KK

|   |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> privat versichert                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> familienvers. durch:                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name des Mitglieds  | <input type="text"/> |                      |                      |
| Geburtsdatum  | <input type="text"/> |                      |                      |

Ich beauftrage die AOK:

- von der Rentenversicherung die für mich notwendigen Unterlagen (Versicherungsnummer, -ausweis) anzufordern,
- mir bei der Anrechnung von Schulzeiten (lt. Schulzeitbescheinigung) behilflich zu sein,
- meinen Arbeitgeber über meine AOK-Mitgliedschaft zu informieren.

## Einwilligung zur Datennutzung

**Datenschutzhinweis:** Wir benötigen einige persönliche Angaben zu dem oben genannten Zweck. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder gekennzeichnet (\*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie weitere Informationen von der AOK, benötigen wir für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/hb/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder unsere Datenschutzbeauftragte unter [Datenschutz@hb.aok.de](mailto:Datenschutz@hb.aok.de).

## Einwilligungserklärung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten 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 oder um Zufriedenheitsbefragungen durchzuführen, per Brief, E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum  Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Datum

Unterschrift  
(bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des/der Kundenberaters/in



über [gesetzlichekrankenkassen.de](http://gesetzlichekrankenkassen.de) / Kassensuche (WIWO)

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