

Mitglied werden bei der AOK Hessen

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 dem ausgefüllten Mitgliedschaftsantrag per Post direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere.

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

*Bitte nicht faxen oder mailen,
sondern per Post einsenden.*

- 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

Mitgliedschaftserklärung



Ich möchte Mitglied der AOK Hessen werden ab _____

Persönliche Angaben

Titel _____ Name/Geburtsname _____ Vorname _____ männlich weiblich

Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Hausnummer _____

Versichertennummer _____ Telefonnummer* _____ Mobilfunknummer* _____

Rentenversicherungsnummer _____ E-Mail* _____

Angaben zur derzeitigen Beschäftigung/Ausbildung

Mein Beschäftigungsverhältnis Mein Ausbildungsverhältnis Mein Studium

_____ besteht seit/beginnt am _____ als _____ endet voraussichtlich am _____

Betriebsnummer _____ Arbeitgeber/Uni/FH _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Hausnummer _____

Arbeitslos** seit/ab _____ Stamm-/Kunden-Nummer _____

bei Agentur für Arbeit/ARGE _____

Freiwillig versichert** seit/ab _____ als _____

Rentner/-in** Rentenbezug seit/ab _____ Rentenart/Rentenversicherungsträger _____

** Die entsprechenden Leistungs- bzw. Einkommensnachweise sind beigefügt werden nachgereicht

Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf

von _____ bis _____ bei Krankenkasse _____ eigene Mitgliedschaft familien-versichert keine gesetzliche Krankenversicherung

von _____ bis _____ bei Krankenkasse _____ eigene Mitgliedschaft familien-versichert keine gesetzliche Krankenversicherung

Meine Mitgliedschaft bei _____ ist/wird zum _____ gekündigt.

Kündigungsbestätigung ist beigefügt wird nachgereicht

Sind Familienangehörige vorhanden? ja nein

Wird für vorhandene Familienangehörige die Familienversicherung gewünscht? ja nein

Mein Passfoto für die neue eGK füge ich mit dem Bildbogen bei reiche ich mit dem Bildbogen nach

bitte senden Sie mir einen Bildbogen zu 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/hessen/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@he.aok.de. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Einwilligung zu Informationen: Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile, Leistungen und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschungen durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum _____ Unterschrift Kunde/-in, bei unter _____ Datum _____ Unterschrift Kundenberatung _____

15 Jährigen, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____ SAP Nr. 2200003513

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