

Ich möchte zum  Mitglied der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse werden!

## Persönliche Angaben

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsort

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w/Ø) ä^\ æ } ð

Telefonnummer/Handynummer (optional)

E-Mail (optional)

┌───────────┴───────────┐  
Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Rentenversicherungsnummer

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? ja nein  
Familienfragebogen

ist beigefügt.  wird nachgereicht.  bitte zusenden.

## 5 b[ UYb`ni f`J Yfg]W Yfi b[

Arbeitnehmer

Auszubildender

Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld II

Sonstiges

Arbeitgeber/ Agentur für Arbeit/ Jobcenter

Kundennummer bei der Agentur für Arbeit/ beim Jobcenter

Telefonnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Rentenbezug im Ausland

Rentenbezug im Ausland

Rentenantrag gestellt am:

Rentenart und Rententräger

Versorgungsbezug

Art des Versorgungsbezuges und Name der Zahlstelle

## Angaben zur bisherigen Versicherung

vom:	bis:	Krankenkasse	Freiwilliges Mitglied	Pflicht-Mitglied	familien-versichert	privat versichert	nicht versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte die letzte Versicherung angeben. Wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, dann bitte die Versicherungsnachweise für die letzten 5 Jahre beifügen.

Kündigungsbestätigung  ist beigefügt  wird nachgereicht  ist nicht notwendig

Meine Erklärung gilt auch für alle zukünftigen versicherungspflichtigen Tatbestände nach einer Unterbrechung meiner Mitgliedschaft von bis zu 18 Monaten. Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung jederzeit zu widerrufen bzw. von meinem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen.

Datenschutz: 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. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Telefonnummer 0800 2650800 bzw. per E-Mail [Datenschutz-Service@nordost.aok.de](mailto:Datenschutz-Service@nordost.aok.de).

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters

### Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost

Betriebsnummer

SAP-Nr.

SAP-Nr. ext.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MA 1

MA 2

Kundengruppe

Dauer-ME vorhanden.

Datum, Unterschrift und Namensstempel der Führungskraft

Bildbogen beigefügt

Bildbogen ausgehändigt/zugesandt

Bildbogen zusenden

Bild in einem Bestand der AOK Nordost vorhanden

Bild von anderer AOK angefordert (KW AOK intern)

AOK Nordost  
Frau Isabella Kamp  
STM/0/2/4 StO Schlieperstr.  
14456 Potsdam

---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Mitgliedsantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie meinen ausgefüllten und **unterschrifteten** Antrag auf Mitgliedschaft bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse.

- Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse habe ich beigefügt.
- Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Kasse erhalten Sie umgehend nach Erhalt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen