

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)

Telefonnummer/Handynummer (optional)

E-Mail (optional)

|----- Geburtsdatum -----|

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rentenversicherungsnummer

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? ja nein

Familienfragebogen

ist beigefügt. wird nachgereicht. bitte zusenden.

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 einschließlich Rente im Ausland

Rentenanspruch 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

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.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters

Hinweis: Wir benötigen Ihre persönlichen Sozialdaten zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrags (§§ 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V), § 94 SGB XI). Fehlende, falsche oder unvollständige Angaben können nachteilige Folgen haben (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V).

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost	
Betriebsnummer	<input type="checkbox"/> MA 1 <input type="checkbox"/> MA 2 <input type="checkbox"/> Kundengruppe <input type="checkbox"/> D-ME bereits vorhanden.
SAP-Nr. BLN, BRB bzw. MV	
SAP-Nr. ext.	Datum, Unterschrift und Namensstempel der Führungskraft
Hinweise Bildbogen beigefügt <input type="checkbox"/>	Bildbogen ausgehändigt/zugesandt <input type="checkbox"/>
eGK: Bild in einem Bestand der AOK Nordost vorhanden <input type="checkbox"/>	Bild von anderer AOK angefordert (KW AOK intern) <input type="checkbox"/>
	Bildbogen zusenden <input type="checkbox"/>

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.

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

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen