

Anmeldung

Ich möchte Mitglied der AOK Bayern werden. Gewünschter Versicherungsbeginn*: _____

Name* _____ Vorname* _____ Geburtsdatum* _____ männlich* weiblich* divers*

Geburtsname* _____ Geburtsort* _____ Geburtsland* _____ Staatsangehörigkeit* _____

Straße und Hausnummer* _____ Postleitzahl und Wohnort* _____

Mobil _____ E-Mail _____

Ich war bisher* pflichtversichert familienversichert nicht gesetzlich versichert im Ausland versichert Krankenkasse _____ Land _____

Rentenversicherungsnummer (falls vorhanden):

Ich bin* Arbeitnehmer/-in* Selbständige/-r* Sonstiges* _____ seit/am ab* _____

Name des Arbeitgebers* _____ Betriebsnummer _____

Straße und Hausnummer* _____ Postleitzahl und Ort* _____

Ich habe in Deutschland lebende Angehörige, die ich bei der AOK Bayern mitversichern möchte: ja nein

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 175 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 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 (z.B. IT-Dienstleister) sein. Die nicht mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung. Ihr Einverständnis zur Nutzung können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ausführliche Angaben zum Umfang der Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung, die im Internet unter www.aok.de/bayern/datenschutzerklärung sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.

Einverständniserklärung zur Datenrückübermittlung an Kooperationspartner (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Dieses Einverständnis ist freiwillig, es kann jederzeit ohne nachteilige Folgen widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bayern meine angegebenen personenbezogenen Identifikationsdaten sowie Informationsdaten zum Antrag/Mitgliedschaftsprozess verarbeitet, um diese für Informations- und Abrechnungszwecke zu übermitteln.

Datum der Erklärung _____

Unterschrift _____

(bei unter 15-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

nur von AOK und Kooperationspartner/-in zu füllen

Name Kooperationspartner/-in _____ Partnernummer bei AOK Bayern _____ Unterschrift Kooperationspartner/-in _____

Betreuende/-r AOK-Mitarbeiter/-in (Name, BI-Nummer) _____