Hier klicken um alle Formularinhalte zu löschen

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 Krankenkasse _____
☐ nicht gesetzlich versichert
☐ im Ausland versichert 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 i. V. m. § 175 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann keine Mitgliedschaft 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 sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.

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

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bayern meine angegebenen Identifikations- und Informationsdaten sowie ob und wann meine Mitgliedschaft zustande gekommen ist zum Zwecke der Mitgliedsanbahnung und Abrechnung an den Vertriebspartner übermittelt. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie innerhalb von 14 Tagen bei meinem "Vertriebspartner" widerrufen.

Datum | 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

Name betreuende AOK-Ansprechperson | GP-Nr. AOK-Ansprechperson | Antragsnummer

ME_Partner

Stand 11/2026