



- Ich wechsle meine Krankenkasse.
- Ich wechsle an diesem Tag auch den Arbeitgeber oder zwischen einem Arbeitsverhältnis und dem Bezug von Arbeitslosengeld.
- Ich werde ab \_\_\_\_\_ Mitglied der AOK Bayern, denn ich bin über mein Krankenkassenwahlrecht informiert.

Name*		Vorname*	Geburtsdatum*	<input type="checkbox"/> männl.*	<input type="checkbox"/> weibl.*
Geburtsname*		Geburtsort*	Staatsangehörigkeit*		
Straße und Hausnummer*		Postleitzahl und Wohnort*			
Telefon (für Rückfragen)		mobil	E-Mail		
bisherige Krankenkasse		von – bis			
Ich war bisher:*		<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert
<input type="checkbox"/> Mein Beschäftigungsverhältnis besteht/beginnt*					
seit/am*		bis*	als		
Name des Arbeitgebers*		Betriebsnummer (falls bekannt)			
Straße und Hausnummer*		Postleitzahl und Ort*			

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

Ich beauftrage die AOK Bayern meinen Arbeitgeber über meine Kassenwahl zu informieren.

Die Rentenversicherungsnummer liegt vor:

**Datenschutzhinweis/Zweckbestimmung:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V zum Zwecke der Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfeld eingerichtet (\*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Bayern oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung (siehe Einwilligung im Anschluss an diesen Datenschutzhinweis). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter [www.aok.de/bayern/widerruf](http://www.aok.de/bayern/widerruf) wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de).

**Einwilligung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten bis auf Widerruf verarbeitet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
BI-Nummer/Planstelle/Name	Unterschrift Berater