

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland/Hamburg

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse



40466 Düsseldorf

Persönliche Angaben

Vorname Name

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Straße Hausnummer

Geburtsname

Geburtsort

PLZ, Wohnort

Familienstand

☐ m ☐ w ☐ d
Geschlecht

tätig/beschäftigt als

E-Mail*

Telefonnummer*

Ich möchte ab freiwilliges Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg werden

Ich war in den letzten 12 Monaten **selbst** Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse:

☐ nein

☐ ja Krankenkassenwechsel durch ☐ Kündigung / Sonderkündigung ☐ sofortiges Wahlrecht

In den letzten fünf Jahren war ich wie folgt versichert (benutzen Sie bitte bei Bedarf die Rückseite):

von	bis	Mitglied	familienversichert	Krankenkasse (Name und Anschrift)
		☐	☐	
		☐	☐	

☐ Ich wünsche die beitragsfreie Mitversicherung meiner Familienangehörigen (bitte füllen Sie den Fragebogen aus).

☐ Ich wünsche den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit.

Angaben zu den monatlichen Bruttogesamteinnahmen (bitte fügen Sie die Unterlagen bei):

Arbeitsentgelt (Gehalt, Lohn, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld etc.)

EUR

Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit

EUR

☐ Rente ☐ Pension ☐ Betriebsrente/Ruhegeld

EUR

Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung

EUR

Zinseinnahmen

EUR

☐ Gründungszuschuss ☐ Grundsicherungsleistungen ☐ Hilfe zum Lebensunterhalt

EUR

Sonstige Einnahmen

EUR

Bitte wenden



Ich habe keine eigenen Einnahmen

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch
(z. B. Eltern, sonstige Personen)

Vorname Name

☐ nur freie Verpflegung und Unterkunft

☐ _____

EUR

Unterschrift der/des Unterstützenden

Ich habe eigene Kinder, Adoptiv-, Stief-, oder Pflegekinder (bitte fügen Sie einen Nachweis bei) ☐ ja ☐ nein

Mein Ehegatte/Lebenspartner (im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) ist gesetzlich krankenversichert.

☐ ja ☐ nein

EUR

(bei nein bitte Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners angeben und entsprechende Unterlagen beifügen)

☐ **Bitte buchen Sie den monatlichen Beitrag bis auf Widerruf ab** (siehe beiliegendes SEPA-Mandat).

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland/Hamburg meine angegebenen Kontaktdaten verarbeitet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. (Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO)

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 9 SGB V sowie zum Zweck der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mit Lichtbild nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in Verb. mit § 291 Abs. 2 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 und ohne das Lichtbild eine elektronische Gesundheitskarte nicht ausgestellt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

