

Willkommen in der AOK!



Mitgliedschaftserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses nach § 5 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei der Durchführung Ihres Versicherungsschutzes führen kann. *Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok-bw.de/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bw.aok.de.

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.

Ich werde ab _____ freiwilliges Mitglied der AOK – Die Gesundheitskasse

Persönliche Daten von _____

Straße _____
PLZ Ort _____
RV-Nr. _____ Geburtsdatum _____
Staatsangehörigkeit, Geschlecht _____ weiblich männlich
unbestimmt
Telefon-Nr./E-Mail _____
Geburtsname _____
Geburtsort/Geburtsland _____

► Familienstand

ledig _____ verheiratet _____

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

geschieden seit _____ getrennt lebend _____ verwitwet _____

► Ehegatte/Lebenspartner (eingetragene Lebenspartnerschaft) ist

gesetzlich versichert bei _____

privat versichert.

► Wenn Ehegatte/Lebenspartner privat krankenversichert ist

jährliche Bruttoeinnahmen _____ EUR

(einschließlich Sonderzahlungen z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld etc.)

Bitte fügen Sie einen aktuellen Nachweis bei.

► Ich habe eigene Kinder, Adoptiv-, Stief-, oder Pflegekinder ja _____ nein _____

Bitte Nachweis beifügen!

davon gemeinsam unterhaltsberechtig _____ davon mitversichert _____

Wenn Sie möchten, dass Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei Ihnen mitversichert werden, füllen Sie **bitte** den Familienfragebogen aus.

Vorname Name

RV-Nr.

Personenkreis

- ▶ Ich bin beschäftigt bei _____ als _____
- ▶ Ich bin selbständig seit _____
(bitte Erklärung zur selbständigen Tätigkeit ausfüllen)
- ▶ Ich bin Hausfrau, Schüler, etc. _____

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

(bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

- ▶ Name der Krankenkasse _____
- ▶ Anschrift _____
- ▶ versichert von _____ bis _____
- ▶ Versicherungszeiten in den letzten 5 Jahren
(nur wenn die letzte Mitgliedschaft für einen
kürzeren Zeitraum als 12 Monate bestand) _____
- ▶ Letzte Versicherung endete am _____

Meine Einnahmen (bitte Anlage: Einkommensfragebogen ausfüllen)

Allgemeine Angaben

- ▶ Ich bin beihilfeberechtigt ja nein
- ▶ Die freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung möchte ich
ohne Anspruch auf Leistungen wegen freier Heilfürsorge beruflichem Auslands-
aufenthalt
Bitte jeweils Nachweise beifügen!
Die Beiträge können bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden
(siehe beigefügte Einzugsermächtigung)
Die Beiträge werden von mir überwiesen
Die Beiträge werden vom Sozialamt gezahlt

Die vorgenannten Angaben habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Die Informationen zur freiwilligen
Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift freiwilliges Mitglied

Auskunftspflicht nach dem V. Sozialgesetzbuch:

*Bitte teilen Sie uns Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der
Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden,
unverzüglich mit.*

AOK Baden-Württemberg
Hauptverwaltung
Fachbereich II.2
Presselstraße 19
70191 Stuttgart

Datum

Antrag „Mitglied werden“

Sehr geehrte Damen und Herren,

ja, ich möchte bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert sein. Deshalb schicke ich Ihnen meinen ausgefüllten und **unterschriebenen** Antrag zurück.

Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse erhalten Sie, sobald ich sie bekommen habe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Mitgliedschaftsantrag

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

geboren am

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats zum . Sollte dies zum genannten Zeitpunkt nicht möglich sein, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte sehen Sie von Kontaktaufnahmen zum Zwecke der Rücknahme der Kündigung möglichst ab. Mein Entschluss, die Kasse zu wechseln, steht fest.

Vollmacht

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die AOK Baden-Württemberg und fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen direkt per Fax, Nummer 0711 2593-530 an die AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Fachbereich II.2, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart zu senden.

Diese Vollmacht umfasst für die AOK Baden-Württemberg sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere die eventuell notwendige Erinnerung an die Zusendung.

Mit freundlichen Grüßen