

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab
Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

Kundenberater(in)
Telefon

Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.
Name*
Vorname*
Geburtsdatum*
Geburtsort*
Geburtsname*
Straße/Haus-Nr.*
PLZ/Wohnort*
Telefon
E-Mail
Geschlecht* weibl. männl. Familienstand
Staatsangehörigkeit*

Angaben zur derzeitigen Beschäftigung

Mein Ausbildungsverhältnis
Mein Beschäftigungsverhältnis
besteht seit/beginnt am
endet vorauss. am
als
Name Arbeitgeber
Straße/Haus-Nr.
PLZ/Wohnort
Telefon
monatliches Einkommen (brutto) in Euro
Ich bin arbeitslos Kunden-Nr.:
Ich bin Rentner(in)
Ich beziehe eine Rente aus dem Ausland ja nein
Anzahl Kinder
z. Z. familienversichert bei (Name der Krankenkasse)
Ich beantrage ihre Familienversicherung ja nein

Ich war in den letzten 18 Monaten von bis Name der KK
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert
 nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung
 familienvers. durch:
Name des Mitglieds
Geburtsdatum

Mehrwertangebote	Interesse	kein Interesse	beantragt
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK-Wahltarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AOK-Prämienprogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Programm 750 € PLUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beauftrage die AOK:

- von der Rentenversicherung die für mich notwendigen Unterlagen (Versicherungsnummer, -ausweis) anzufordern,
- mir bei der Anrechnung von Schulzeiten (lt. Schulzeitbescheinigung) behilflich zu sein,
- meinen Arbeitgeber über meine AOK-Mitgliedschaft zu informieren.

Einwilligung zur Datennutzung

Datenschutzhinweis: Wir benötigen einige persönliche Angaben zu dem oben genannten Zweck. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder gekennzeichnet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie weitere Informationen von der AOK, benötigen wir für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder unsere Datenschutzbeauftragte unter Datenschutz@hb.aok.de.

Einwilligungserklärung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können oder um Zufriedenheitsbefragungen durchzuführen, per Brief, E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Datum
Unterschrift
(bei unter 15-jährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des/der Kundenberaters/in



AOK - Bremen/Bremerhaven
Die Gesundheitskasse
„Mitglied werden“
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen

Onlineantrag „Mitglied werden“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten meinen ausgefüllten und **unterschriebenen** Antrag auf Mitgliedschaft bei der AOK Bremen/Bremerhaven.

Falls zutreffend: Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Kasse schicke ich Ihnen zu, sobald sie mir vorliegt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage