

# Ja, ich möchte Kunde der AOK NORDWEST werden.



- Die Mitgliedschaft beginnt am \_\_\_\_\_, hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
- Die Mitgliedschaft beginnt mit meiner Ausbildung am \_\_\_\_\_, hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

## Persönliche Angaben

Name	Vorname	Rentenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum	
Geburtsname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand	Kinderzahl
Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Telefon*	
Straße / Haus-Nr.		Handy*	
PLZ / Ort		E-Mail*	

## Angaben zur Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in den letzten 12 Monaten

vom _____	bis _____	bei (Name der Krankenkasse) _____	<input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger
vom _____	bis _____	bei (Name der Krankenkasse) _____	<input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger

## Angaben zur Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer beschäftigt als \_\_\_\_\_

Name der Firma \_\_\_\_\_ Betriebsnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Straße / Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Angaben zu Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Ich erhalte  Arbeitslosengeld I von \_\_\_\_\_ Leistungsträger und Kundennummer \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld II von \_\_\_\_\_

Ich habe  Arbeitslosengeld I beantragt bei \_\_\_\_\_ Leistungsträger und Kundennummer \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld II beantragt bei \_\_\_\_\_

## Angaben zur Rente

Ich erhalte eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. Rentenzeichen \_\_\_\_\_

Ich habe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt. IK der abgebenden Krankenkasse \_\_\_\_\_

## AOK-Service Art der Meldung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Neukunde und benötige eine elektronische Gesundheitskarte.     | <input type="checkbox"/> 0 Kein Meldeverfahren              |
| <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie meinen Arbeitgeber über meine Krankenkassenwahl. | <input type="checkbox"/> 1 Beginn Versicherungspflicht      |
| <input type="checkbox"/> Bitte beantragen Sie für mich den Sozialversicherungsausweis.          | <input type="checkbox"/> 2 Beginn Versicherungsberechtigung |
|   | <input type="checkbox"/> 3 Kündigung/Sonderkündigung        |
|   | <input type="checkbox"/> 4 Schließung/Insolvenz KK          |
|   | <input type="checkbox"/> 5 Errichtung/Ausdehnung BKK        |

## Unterschrift zur Mitgliedserklärung

**Einwilligung**

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services und Produkte der AOK NORDWEST, auch im Rahmen von Kundenbefragungen, zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters) \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses nach § 5 SGB V und § 20 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung kann die Mitgliedschaft nicht durchgeführt 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/nw/datenschutzrechte](http://aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@nw.aok.de](mailto:datenschutz@nw.aok.de). Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.