

Voluntary membership application

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

1. My personal data

Meine persönlichen Daten

Last name / Name

First name / Vorname

Maiden name / Geburtsname

Date of birth / Geburtsdatum

Place of birth / Geburtsort

Nationality / Staatsangehörigkeit

Street, no / Straße, Nr.

Postcode, city/town / PLZ, Ort

Pension insurance number / Rentenversicherungsnummer

Tel[°]/mobile[°] / Telefon[°]/Handy[°]

Email[°] / E-Mail[°]

SEX / Geschlecht (m/w/d)

Marital status / Familienstand

Number of dependent children of both partners¹
/ Anzahl der berücksichtigungsfähigen unterhaltsberechtigten Kinder¹

Tax identification number (TIN) 11-digit (see also Item 7 / Steueridentifikationsnummer (IDNr.) 11-stellig (siehe auch Punkt 7))

[°] You are not required to provide us with your telephone/mobile number or your email address. We would like to use these communication channels in addition to written communication in order to contact you more quickly. / [°] Die Angaben der Telefon- und Handy-Nummer sowie der E-Mail-Adresse sind freiwillig. Wir möchten diese Kommunikationswege zusätzlich zur schriftlichen Kommunikation nutzen, um bei Bedarf kurzfristig mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können.

I am applying for voluntary insurance starting _____ due to:

Ich beantrage ab _____ die freiwillige Versicherung aufgrund:

Withdrawal from compulsory membership

Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft

Termination of family insurance

Beendigung der Familienversicherung

Change of providers as per Art. 173 para 2 SGB V

Kassenwechsel entspr. § 173 Abs. 2 SGB V

Severe disability pursuant to Schwerbehindertengesetz; SchwBG

Schwerbeschädigung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes

Professional stay abroad

beruflichen Auslandsaufenthaltes

Return to Germany on

Rückkehr in das Inland am

First occupation in Germany

Erstmalige Beschäftigungsaufnahme im Inland

Employment start date / Beschäftigungsaufnahme ab

I am exempt from insurance as a result of exceeding the annual earnings limit.

Ich bin versicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Employer / Arbeitgeber

I am self-employed (or a partner)

Ich bin selbstständig tätig (ggf. als Gesellschafter)

Employer's telephone number and company number

Telefon- und Betriebsnummer des Arbeitgebers

Occupation / Tätigkeit

Weekly working time in hours / Arbeitszeit wöchentlich in Stunden

Business opening times (if available, please specify)

Geschäftsföffnungszeiten (wenn vorhanden, bitte angeben)

Number of compulsorily insured employees (regardless of the insurance provider)

Anzahl pflichtversicherter Arbeitnehmer (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)

Number of marginally employed staff (regardless of the insurance provider)

Anzahl geringfügig Beschäftigter (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)

I am a welfare recipient

Ich bin Sozialhilfeempfänger

I am

Ich bin

e.g. student without compulsory insurance, technical college student, pensioner, child, etc. / z. B. Student ohne Pflichtversicherung, Fachschüler, Rentner, Kind usw.

Ich bin nicht erwerbstätig.

I am unemployed.

Ich bin nach dem 31.12.2018 aus dem Dienstverhältnis als Soldat/Soldatin auf Zeit ausgeschieden

I ended military service as a temporary enlistee after 31 December 2018

2. My gross income (please attach or submit proof of income)

Mein Brutto-Einkommen (Nachweise sind bitte beizufügen bzw. vorzulegen)

yes / ja no / nein Earnings from self-employment/freelance work (please attach/submit your last tax statement issued by the tax authorities) / Gewinn aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (letzten v. Finanzamt ausgestellten Steuerbescheid beifügen/vorlegen)

Applicant / Antragsteller
annual
jährlich

Spouse/partner^{°°} / Ehegatte/Lebenspartner^{°°}

yes / ja no / nein Start-up subsidy, start-up aid (e.g. from SAB) / Gründungszuschuss, Gründungsbefähigung (z. B. von SAB-Bank)

monthly
monatlich

yes / ja no / nein Interim payments/funding from the ESF / Überbrückungsgeld/Leistungen aus dem ESF-Fond

monthly
monatlich

yes / ja no / nein Wage/salary (not from marginal employment) / Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (nicht aus geringfügiger Beschäftigung)

annual
jährlich

yes / ja no / nein Additional one-time payments in total (e.g. holiday pay, Christmas bonus, etc.) / Zusätzliche Einmalzahlungen insgesamt (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld usw.)

annual
jährlich

yes / ja no / nein Wage from marginal employment / Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung

monthly
monatlich

yes / ja no / nein Benefits (e.g. accident pension, private pension/life insurance; please attach copies of any certificates) / Renten (z. B. Unfallrente, private Renten-/Lebensversicherung; Kopie der/des Bescheide/-s beifügen)

monthly
monatlich

yes / ja no / nein Social security (e.g. pension, occupational pension) (please attach copies of any certificates) / Versorgungsbezüge (z. B. Pension, Betriebsrente) (Kopie der/des Bescheide/-s beifügen)

monthly
monatlich

yes / ja no / nein Rental or lease income/capital investments / Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung/Kapitalanlagen

monthly
monatlich

yes / ja no / nein Other income, types of income
Sonstige Einkünfte, Einkunftsart

monthly
monatlich

If you have entered no income or very little income, please specify how you cover your living expenses

Haben Sie keine oder nur geringe Einkünfte angegeben, bitten wir um die Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten

e.g. gifts from a companion, your parents or another person / z. B. Zuwendungen des Lebensgefährten bzw. der Eltern oder anderer Personen

^{°°} civil partners are persons that establish a registered civil partnership in accordance with Germany's Civil Partnership Act (L-PartG) / ^{°°}Lebenspartner/-innen sind Personen, die eine nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) eingetragene Lebenspartnerschaft begründen

¹ Complete this field only if your spouse/civil partner^{°°} is not insured under statutory insurance / ¹ nur ausfüllen, wenn der Ehegatte/Lebenspartner^{°°} nicht gesetzlich krankenkassenversichert ist

3. My previous periods of insurance (outside AOK PLUS)

Meine bisherigen Versicherungszeiten (außerhalb der AOK PLUS)

3.1. Determination of entitlement to insurance – maximum of five years before the start of voluntary insurance coverage

Feststellung der Versicherungsberechtigung – max. 5 Jahre vor Beginn der freiwilligen Versicherung

from von	to bis	Health insurance provider Krankenkasse	Voluntary member freiwilliges Mitglied	Compulsory member Pflichtmitglied	Family insurance Familienversicherung	Not insured or privately insured nicht oder privat versichert
<input type="checkbox"/> Termination/special termination Kündigung/Sonderkündigung		<input type="checkbox"/> Establishment/expansion of a company health insurance fund Errichtung/Ausdehnung einer BKK				
<input type="checkbox"/> Closure/insolvency of the previous health insurer Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse						

4. Special cases

Besonderheiten

4.1. I am self-employed full time and in the event of illness I lose all or most of my source of income.

Ich bin hauptberuflich selbstständig tätig und verliere im Krankheitsfall ganz oder überwiegend mein Arbeitseinkommen.

yes / ja no / nein

If 'yes', I apply for insurance coverage with statutory sickness benefit from the seventh week of illness.

yes / ja no / nein

Wenn »ja«, beantrage ich meine Versicherung mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab 7. Krankheitswoche.

4.2. I am exempt from long-term care insurance.

Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.

no / nein

yes, because I have a private long-term care contract that was entered into before 23 June 1993 (please submit proof of private long-term care insurance) / ja, aufgrund privatem PV-Vertrag vor dem 23.06.1993 (Nachweis über die private Pflegeversicherung bitte vorlegen)

since / seit

4.3. I do not have any children

Ich bin kinderlos

yes / ja no (please provide evidence of parenthood) / nein (bitte Nachweis der Elternenschaft beifügen)

4.4. My spouse/civil partner** is: privately insured

Mein Ehegatte/Lebenspartner** ist:

privately
privat insured
gesetzlich

not insured / nicht krankenversichert

4.5. I am entitled to: Benefits yes no Free therapeutic care

Ich habe Anspruch auf: Beihilfe

ja nein

freie Heilfürsorge

yes / ja no / nein

5. Payment method

Zahlungsweise

I would like my monthly contributions to be deducted from my bank account by direct debit.

Please note: You must complete a SEPA direct debit mandate and submit the original version.

Ich möchte, dass die monatlichen Beiträge per Lastschrift von meinem Bankkonto abgebucht werden.
Achtung: Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und im Original einreichen.

The contributions are paid by my employer (valid only for employees who exceed the annual earnings limit)

Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen (gilt nur für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten)

6. Family insurance

Familienversicherung

I apply for non-contributory family insurance for my family members (spouse/children)

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder)

yes / ja no / nein

7. Data protection policy

Datenschutzhinweis

The data will be collected and processed in order to fulfil our tasks in accordance with Art. 284 in conjunction with Arts. 9, 240 and 175 SGB V and Art. 21 AOK PLUS. Participation is required in accordance with Art. 60 SGB I and Art. 206 SGB V. Failure to participate may result in disadvantages in terms of your claim to the provision of health and long-term care insurance and to the determination of your contribution to health and long-term care insurance. Within the context of legal obligations and authorisation to notify, recipients of your data may include third parties or service providers hired by us. Consent to the processing (collection, storage and use) of your data is voluntary. With your consent, we will use your data to contact you in writing or by phone to offer you further information or advice on the advantages of AOK PLUS or on private supplementary insurance offers from our partners. This privacy policy is enforceable only if you are at least 18 years of age. You can withdraw your consent at any time with future effect. This does not impact the legality of the processing carried out to this point on the basis of this consent. You can exercise your right of revocation against AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, Germany, through any of our service contacts or at www.plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung.

When you provide AOK PLUS with your tax identification number (TIN), AOK PLUS will inform the tax authority of the annual contributions paid by you to AOK PLUS and the amounts reimbursed to you by AOK PLUS together with your TIN. If you do not provide us with your TIN, AOK PLUS may request it from the Federal Ministry of Finances if there is a reportable fact. Consent is not required.

You can find general information on data processing and your rights at www.aok.de/plus/datenschutzrechte. If you have any questions, please contact AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. 01067 Dresden, Sternplatz 7, tel 0800 1059000 (free call within Germany), service@plus.aok.de or contact our Data Protection Officer at AOK PLUS, 01058 Dresden, datenschutz@plus.aok.de.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i. V. m. §§ 9, 240 und 175 SGB V sowie des § 21 der Satzung der AOK PLUS erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich Ihrer Berechtigung zur Durchführung einer Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Ermittlung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Einwilligung zur Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Wenn Sie einwilligen, nutzen wir Ihre Daten schriftlich oder telefonisch für weitere Informationen oder Beratung zu den Vorteilen der AOK PLUS oder zu privaten Zusatzversicherungen unserer Vertragspartner. Für die Rechtswirksamkeit dieser Erklärung ist Ihre Volljährigkeit Voraussetzung. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies behührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, über jeden anderen unserer Servicekontakte oder unter www.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung wahrnehmen.

Mit Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer übermittelt die AOK PLUS die von Ihnen gezahlten und die von der AOK PLUS an Sie erstatteten Beiträge jährlich unter der Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer (IDNr.) an das Finanzamt. Ohne Angabe der Steueridentifikationsnummer kann die AOK PLUS beim Bundeszentralamt für Steuern die Steueridentifikationsnummer abfragen, wenn ein Meldetatbestand vorliegt. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. 01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS, 01058 Dresden, datenschutz@plus.aok.de.

8. Consent to data processing

Einwilligung zur Datenverarbeitung

I hereby consent to the processing and use of data that I have provided to AOK PLUS in order to inform and advise me on the benefits and latest news of AOK, on private supplementary insurance offers from AOK's partners, and to conduct opinion research, including by email, phone or text message. This consent also applies in the event that the desired membership is not concluded. This consent is voluntary. I can withdraw my consent at any time with future effect.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK PLUS meine angegebenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK, zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK zu informieren und zu beraten sowie um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

I hereby confirm that the information I have provided is correct. I have read the notes. Should this information change in future, I will inform AOK PLUS without request to do so.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Die Hinweise habe ich gelesen. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unangefordert informieren.

Date / Datum

AOK PLUS client advisor stamp
Stempel AOK PLUS-Kundenberater

Signature of the insured party; for minors, the signature of the legal representative
Unterschrift d. Versicherten, bei Minderjährig: die des gesetzlichen Vertreters

Signature and ID of the AOK PLUS empl / Unterschrift und KI-Kennung des AOK PLUS-Mitarbeiters

Wird von der AOK PLUS ausgefüllt! HB FB Fil MwM Tel Br VA TS AE, Datum: _____ Postkz.: _____ Bild f, r eGK vorhanden

WICHTIG! Unser »Kleingedrucktes«

Beginn der Mitgliedschaft

Ihre freiwillige Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag nach dem Ende einer vorhergehenden Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung, ansonsten mit dem Tag des Beitritts. Ihre Anmeldung zur freiwilligen Versicherung muss uns schriftlich innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung zugegangen sein.

Freiwillig Versicherte sind gleichzeitig versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung, es sei denn, sie sind von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit. Die Mitgliedschaft wird von der bei uns errichteten Pflegekasse durchgeführt. Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind (zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen) an uns zu zahlen.

Leistungen

Von Beginn Ihrer freiwilligen Mitgliedschaft an haben Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen Anspruch auf einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Näheres darüber enthalten unsere Leistungsbroschüren, die wir für Sie bereithalten.

Ausnahmen:

Der Anspruch auf Leistung ruht für Sie, wenn Beitragsanteile von zwei Monaten trotz Mahnung nicht gezahlt wurden. Vom Ruhen der Leistungen ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches Zweites Buch (SGB II) oder des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) werden.

Bei einer Anwartschaftsversicherung steht Ihnen unser umfangreiches Leistungspaket nicht zur Verfügung.

Beitragspflichtige Einnahmen

Der Beitrag wird nach den Einnahmen bemessen, sofern nicht gesetzliche oder satzungsgemäße Mindestbemessungsgrenzen in Ansatz zu bringen sind. Einnahmen sind Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuergesetzes **ohne** Abzüge von Steuern, Sonderausgaben, Freibeträgen und Abschreibungen. Die Beitragsbemessung erfolgt nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Zahlung der Beiträge

Spätestens am 15. jeden Monats muss Ihre Beitragszahlung für den Vormonat bei uns gebucht sein. Die pünktliche Zahlung ist sichergestellt, wenn Sie am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen. Mit dem Beitragsbescheid erhalten Sie die Vorankündigung (Pre-Notification) in welcher Höhe wir bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren monatlich abbuchen. Die gesetzlich vorgeschriebene Frist für diese Pre-Notifikation beträgt 14 Tage. Mit Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates stimmen Sie der Verkürzung dieser Frist auf einen Tag zu. Eine Veränderung des Zahlungsbetrages teilen wir Ihnen mindestens einen Tag vor Belastung Ihres Bankkontos mit.

Wir sind verpflichtet, für jeden fälligen Beitrag, der bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht beglichen ist, einen Säumniszuschlag zu erheben. Dieser beträgt 1 v.H. des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten gerundeten Beitrages.

Krankengeld

Freiwillige Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach Wegfall des Entgeltfortzahlungsanspruches.

Der Anspruch auf Krankengeld entfällt mit Beginn einer Vollrente wegen Alters oder voller Erwerbsunfähigkeit.

Freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig tätig sind, können die Krankenversicherung mit dem gesetzlichen Krankengeldanspruch ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Die Wahlerklärung besitzt drei Jahre Gültigkeit und kann nicht widerrufen werden.

Wichtige Voraussetzungen für die Zahlung Ihres Krankengeldes:

- Verlieren Sie ganz oder teilweise Ihr Arbeitseinkommen, schützt Sie das Krankengeld gegen das Risiko vor Entgeltverlusten bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- Basis bildet Ihr erzielttes beitragspflichtiges Arbeitseinkommen aus dem steuerlich abgeschlossenen Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Maßgebend hierfür ist der durch die Finanzbehörde mittels Einkommenssteuerbescheid festgestellte Gewinn.
- Für den Krankengeldanspruch ist wichtig, dass aus dem erzielten Arbeitseinkommen zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auch Beiträge zur Krankenversicherung nach dem allgemeinen Beitragssatz gezahlt wurden.
- Sind im maßgeblichen Einkommenssteuerbescheid negative Einkünfte ausgewiesen, kann kein Krankengeld gezahlt werden.
- Sind Sie am Tag der Abgabe Ihrer Wahlerklärung – oder bevor deren Wirkung eintritt – arbeitsunfähig, beginnt der Anspruch auf Krankengeld erst nach Ende dieser Arbeitsunfähigkeit.
- Für das Krankengeld – vom Entstehen bis zum Wegfall des Anspruchs – wenden wir die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) an.

Wichtige Hinweise zur Beitragsfreiheit während der Zahlung von Krankengeld:

- Für die Zeit, in der Sie Krankengeld erhalten, zahlen Sie keine Beiträge aus dem entfallenden Arbeitseinkommen.
- Einkommensarten, wie z. B. während der Arbeitsunfähigkeit erzielttes Arbeitseinkommen, Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen bleiben bei der Ermittlung der Höhe des Krankengeldes unberücksichtigt. Aus diesen Einnahmen sind auch während des Krankengeldbezuges Beiträge zu entrichten.

Wohnortwechsel

Ändert sich Wohnort oder Arbeitgeber, geben Sie uns bitte Bescheid. Die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS bleibt natürlich weiter bestehen.

Ende der Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft wird beendet durch

- a) die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- b) den Eintritt von Versicherungspflicht, wenn Leistungen des Arbeitsamtes bezogen werden
- c) die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner
- d) den Eintritt in die Krankenversicherung der Studenten
- e) Wirksamwerden der Kündigung nach Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet vom Monat, in dem die Kündigung bei uns eingeht, sofern die 12-monatige Bindungsfrist erfüllt wurde.

Nach Wegfall der von a) bis d) genannten Tatbestände können Sie erneut freiwilliges Mitglied werden.

Die freiwillige Versicherung ist dann innerhalb von drei Monaten schriftlich bei uns zu beantragen.

Änderungen

Als Mitglied haben Sie eine Auskunfts- und Mitteilungspflicht. Änderungen in den Einkommensverhältnissen oder der beruflichen Tätigkeit sind uns mitzuteilen.

Wir sind berechtigt zur Einsichtnahme in Unterlagen, aus denen Veränderungen hervorgehen.

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der AOK PLUS in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis (§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)) zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU DS-GVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?

Die AOK PLUS hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK PLUS die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff. SGB I) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK PLUS nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z. B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden der AOK PLUS auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogene Daten verarbeitet werden müssen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmung des Zuzahlungstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegeersatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197 a SGB V)
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK PLUS Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1 a EU DS-GVO).

Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

1. Daten zur Person (z. B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
2. Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Beitrags- und Zahlungsdaten
5. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten)
6. Daten zur Pflegeperson
7. Daten zum gesetzlichen Vertreter
8. Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
9. Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
10. Daten von Arbeitgebern und deren Steuerberatern
11. Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

Wer bekommt Ihre Daten?

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67 d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK PLUS kann Ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK PLUS darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU DS-GVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

Verantwortlicher:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de,

www.aok.de/plus/datenschutzrechte - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden, datenschutz@plus.aok.de.

Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK PLUS zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Devrientstraße 5, 01067 Dresden.

Porto
zahlt die
AOK PLUS

Deutsche Post 
ANTWORT

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

01058 Dresden



Jetzt Mitglied werden

Senden Sie uns Ihren Antrag auf Mitgliedschaft portofrei zu!

- 1** Drucken oder kleben Sie das Antwortfeld oben auf ein leeres Briefkuvert.
- 2** Legen Sie dem so vorbereiteten Briefumschlag Ihr ausgefülltes Formular bei und senden Sie es der AOK PLUS zu. Für Sie entstehen keine Portokosten.
- 3** Für alle weiteren Informationen wird sich die AOK PLUS bei Ihnen melden. Vielen Dank!

