



40466 Düsseldorf

<input type="text"/> Vorname Name	<input type="text"/> Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/> Staatsangehörigkeit
<input type="text"/> Straße Hausnummer	<input type="text"/> Geburtsdatum	<input type="text"/> Geburtsort
<input type="text"/> PLZ, Wohnort	<input type="text"/> Geburtsname	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D Geschlecht
<input type="text"/> E-Mail*	<input type="text"/> Telefon*	<input type="text"/> Familienstand
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Arbeitssuchender <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> beschäftigt ab	<input type="text"/> Beruf

Ich möchte ab _____ Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg werden.

Ich bleibe Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

Ich informiere meinen Arbeitgeber über den Krankenkassenwechsel. Zusätzlich darf die AOK Rheinland/Hamburg meinen Arbeitgeber über meine Entscheidung benachrichtigen.

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Betriebsnummer:

Angaben zum Versicherungsverlauf der letzten 12 Monate

von	bis	Mitglied	familienversichert	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Krankenkassenwechsel durch Kündigung / Sonderkündigung sofortiges Wahlrecht

Ergänzende Angaben (nur wenn innerhalb der letzten 12 Monate keine Versicherung bestand)

- Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse gesetzlich versichert:
- Ich war zuletzt privat krankenversichert. Ich war noch nie gesetzlich krankenversichert.
- Ich bin **nicht** hauptberuflich selbstständig / versicherungsfrei als Beamter / von der Versicherungspflicht befreit.

Ich wünsche die beitragsfreie Mitversicherung meiner Familienangehörigen (bitte Fragebogen ausfüllen).

Der Mitgliedsantrag wird gültig, wenn die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen für den Mitgliedschaftsbeginn vorliegen.

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

Unterschrift AOK-Berater

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 175 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. 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

