

AOK Bremen/Bremerhaven

AOK Bremen/Bremerhaven

# Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab

Kundenberater(in)

Telefon

## Mitglied der AOK Bremen/Bremerhaven werden

### Angaben zur Person

Rentenvers.-Nr.

Name\*

Vorname\*

Geburtsdatum\*

Geburtsland\*/-ort\*

Geburtsname\*

Straße/Haus-Nr.\*

PLZ/Wohnort\*

Telefon

E-Mail

Geschlecht\*

weibl.

männl.

div.

Familienstand

Staatsangehörigkeit\*

Ich war in den letzten  
12 Monaten

von

bis

Name der KK

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung

familienvers. durch:

Name des Mitglieds

Geburtsdatum

### 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

### Mehrwertangebote

Interesse

kein Interesse

beantragt

Zusatzversicherung

AOK-Wahltarif

AOK-Prämienprogramm

Programm 750 € PLUS

Für die AOK

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.

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 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 sowie unsere Kontaktdaten finden Sie unter [www.aok.de/hb/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder an unseren Datenschutz unter [Datenschutz@hb.aok.de](mailto:Datenschutz@hb.aok.de).

über Kassensuche GmbH / [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://gesetzlicheKrankenkassen.de)

Datum

Unterschrift

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

Unterschrift des/der Kundenberaters/in

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

**Absender:**

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

## **Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift