

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

AOK Rheinland-Pfalz/Saarl

## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich wähle die Mitgliedschaft in der AOK ab (TT/MM/JJJJ) bzw. einem früheren Beginn einer Versicherungspflicht.

Name, Vorname		Geburtsdatum		Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d		Familienstand	
Anschrift							
Telefon*		Mobil*		E-Mail*			
Rentenversicherungsnummer		Staatsangehörigkeit					
Geburtsname <sup>1</sup>		Geburtsort		Geburtsland			

<sup>1</sup>Nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer **nicht** vorliegt

Arbeitgeber/-in bzw. Ausbildungsbetrieb		Betriebsnummer			
Anschrift					
Beschäftigt ab/seit (TT/MM/JJJJ)		Beruf/Ausbildungsberuf		Vrs. Ende der Ausbildung (TT/MM/JJJJ)	

Ich war von (TT/MM/JJJJ) bis (TT/MM/JJJJ)  selbst als Mitglied versichert bei:  familienversichert bei:

Name und Anschrift der Krankenkasse

<input type="radio"/> Ich beziehe Rente.	<input type="radio"/> Ich habe mich bis unmittelbar vor Beginn der Mitgliedschaft im Ausland aufgehalten.	
<input type="radio"/> Vor meinem Auslandsaufenthalt war ich in Deutschland zuletzt versichert bei:	Name und Anschrift der Krankenkasse	
<input type="radio"/> Ich war noch nie in Deutschland gesetzlich versichert.	<input type="radio"/> Nach Ende dieser Beschäftigung kehre ich ins Ausland zurück.	<input type="radio"/> Meine Familienangehörigen sollen kostenfrei mitversichert werden.

Über meine Wahlrechte wurde ich informiert.

**Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine/-n Arbeitgeber/-in über meine Entscheidung unterrichtet.**

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zur Klärung Ihres Versicherungsschutzes erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummern bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (\*). Die Daten dienen der Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Empfangene Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleistungsunternehmen sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/rps/datenschutzrechte](http://aok.de/rps/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Bereich Datenschutz unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartner/-innen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr freiwilliges Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Erteilung der Einwilligung ist keine Voraussetzung und hat keine Auswirkungen auf Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: [widerruf@rps.aok.de](mailto:widerruf@rps.aok.de).

<sup>2</sup> **Einwilligung**

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich, auch unter Einschaltung eines beauftragten Dienstleistungsunternehmens, über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartner/-innen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können – auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

<sup>2</sup> Ankreuzfeld

Ort, Datum	Unterschrift (Bei unter 15-Jährigen Unterschrift der erziehungsberechtigten Person)
------------	---

**gesetzlichekrankenkassen.de**  
GP. Nr. RPS 3005131989

**Von der AOK auszufüllen:**

Die Annahme der Erklärung wird bestätigt:

**Bild für eKG:**  bereits im Bestand  beigelegt  wird nachgereicht/hochgeladen  Bildbogen zusenden

**Familienfragebogen zusenden:**  ja  nein

# 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