

Herzlich willkommen in der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Name und Anschrift des AOK-Kunden

AOK Rheinland/Hamburg - Kunde

Tel. *:

E-Mail Adresse*:

- Arbeitnehmer
 Auszubildender

Beruf:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Geburtsort:

Rentenversicherungsnummer:

Staatsangehörigkeit:

- verheiratet
 nicht verheiratet
- beschäftigt ab:

Ich werde ab _____ Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

Ich bleibe Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

Bitte informieren Sie meinen Arbeitgeber über meine Entscheidung.

Mitzuversichernde Familienangehörige

Ja Nein

Angaben zum Versicherungsverlauf der letzten 18 Monate:

von bis Krankenkasse

eigene Mitgliedschaft familienversichert ohne gesetzl. Versicherung

von bis Krankenkasse

eigene Mitgliedschaft familienversichert ohne gesetzl. Versicherung

von bis Krankenkasse

eigene Mitgliedschaft familienversichert ohne gesetzl. Versicherung

Kündigungsbestätigung liegt vor wird nachgereicht

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Betriebsnummer:

Haben Sie für sich oder einen familienversicherten Angehörigen seit dem 01.04.2007 einen Wahltarif oder eine Zusatzabsicherung abgeschlossen? Ja Nein

Wenn Ja, ab wann und bei welcher Krankenkasse?

Beginn Wahltarif: _____

Krankenkasse: _____

Ergänzende Angaben:

(nur wenn innerhalb der letzten 18 Monate keine Versicherung)

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse gesetzlich versichert: _____

Ich war noch nie gesetzlich krankenversichert.

Ich war zuletzt privat krankenversichert.

Der Mitgliedsantrag wird gültig, wenn eine ggf. erforderliche Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse vorliegt.

Datenschutzhinweis :

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit § 206 Abs.1 Nr.1 SGB V erhoben und gespeichert.

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.

Ort, Datum

Unterschrift des AOK-Kunden

AOK – Die Gesundheitskasse

Geschäftsbereich Vertrieb
Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

Rückantwort

Anlage zum Onlineantrag „Mitglied werden“ vom Hier: unterschriebener Mitgliedsantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie meinen ausgefüllten und unterschriebenen Antrag auf Mitgliedschaft bei der AOK.

Falls zutreffend: Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Kasse erhalten Sie umgehend nach Erhalt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:
- Formular „Meine Wahl: AOK - Die Gesundheitskasse“

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Die Angaben sind erforderlich ab **01.01.2013**
bei Erstkunden ab Versicherungsbeginn

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Name Vorname
Geburtsdatum Versichertennummer
Telefon* Mobil-Telefon*
E-Mail*

*Diese Angaben sind freiwillig

Familienstand

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LpartG
seit: _____ seit: _____ seit: _____ seit: _____ seit: _____

Ich war bisher für den Zeitraum vom _____ bis _____

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei
 nicht gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert
Mein Ehegatte ist selbst versichert nein ja, bei _____

Name und Sitz der Krankenkasse

Angaben sind nur erforderlich bei Aufnahme in die Familienversicherung

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Versicherung und zum Einkommen der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Zeitangaben Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die ab dem 01.01.2013 bereits beendet worden sind. Bei Aufnahme in die Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn. <input type="checkbox"/> Name der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung (2), nicht gesetzlich versichert (3)	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)
Der Ehegatte ist weiterhin selbst versichert bei: (Name der Krankenkasse, -versicherung)		_____	_____	_____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Schule/Hochschule/Fachhochschule				
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Bitte geben Sie nachfolgend auch die Tätigkeiten an, die ab dem 01.01.2013 bereits beendet worden sind. Bei Aufnahme der Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn. Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.				
Selbstständige Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit <input type="checkbox"/> Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Bitte geben Sie nachfolgend auch die Beschäftigungen an, die ab dem 01.01.2013 bereits beendet wurden. Bei Aufnahme der Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn.				
Geringfügige Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung <input type="checkbox"/> Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Mehr als geringfügige Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Zeitraum der Beschäftigung <input type="checkbox"/> Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Bezug von Arbeitslosengeld II	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Art der Einkünfte				
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Art der Einkünfte				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

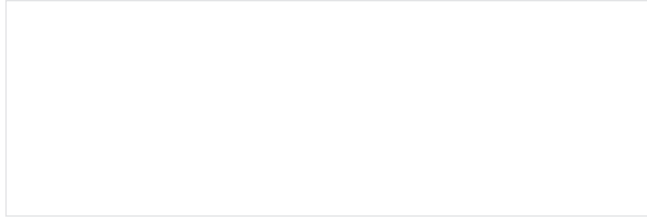
Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.



Versicherungs-Nr.:

Datum:

Kündigung meiner Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte senden Sie mir umgehend eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung zu.
Von Rückwerbeversuchen bitte ich Sie abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Geschäftsbereich Vertrieb
Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

Rückantwort

**Anlage zum Onlineantrag „Mitglied werden“ vom
Hier: Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:
- Kündigungsbestätigung