

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte Mitglied der AOK Hessen werden ab _____



Persönliche Angaben

Titel	Name/Geburtsname	Vorname	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort	
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer		
Versichertennummer	Telefonnummer*	Handynummer*		
Rentenversicherungsnummer	E-Mail*			

Angaben zur derzeitigen Beschäftigung/Ausbildung

Mein Beschäftigungsverhältnis Mein Ausbildungsverhältnis Mein Studium

besteht seit/beginnt am _____ als _____ endet voraussichtlich am _____

Betriebsnummer _____ Arbeitgeber/Uni/FH _____

PLZ _____ Ort _____ Straße, Hausnummer _____

Arbeitslos** seit/ab _____ Stamm-/Kunden-Nummer _____ bei Agentur für Arbeit/ARGE _____

Freiwillig versichert** seit/ab _____ als _____

Rentner** Rentenbezug seit/ab _____ Rentenart/Rentenversicherungsträger _____

** Die entsprechenden Leistungs- bzw. Einkommensnachweise sind beigelegt werden nachgereicht

Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf

von _____ bis _____ bei Krankenkasse eigene Mitgliedschaft familien-versichert keine gesetzliche Krankenversicherung

von _____ bis _____ bei Krankenkasse eigene Mitgliedschaft familien-versichert keine gesetzliche Krankenversicherung

Meine Mitgliedschaft bei _____ ist/wird zum _____ gekündigt.

Kündigungsbestätigung ist beigelegt wird nachgereicht

Sind Familienangehörige vorhanden? ja nein

Wird für vorhandene Familienangehörige die Familienversicherung gewünscht? ja nein

Mein Passfoto für die neue eGK füge ich bei reiche ich mit dem Bildbogen nach liegt der AOK vor

Datenschutzhinweis: Für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses werden personenbezogene Daten benötigt, die die zuständige AOK im Rahmen ihrer Aufgaben speichert und nutzt (§§ 206, 284 SGB V). Fehlende, falsche, nicht rechtzeitige oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) führen. Die mit einem * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Einwilligung zu Informationen der AOK: Ich bin zudem damit einverstanden, dass die für mich zuständige AOK die angegebenen Daten erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu Wahlтарifen, privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum/Unterschrift des Kunden

Datum/Unterschrift des Kundenberaters

42336
Orga Nr.