

Bitte faxen an:

/



## Mitgliedschaftsantrag für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden  bleiben

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
RV-Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

Das  **Beschäftigungs-/**Versicherungsverhältnis bzw.  die Ausbildung

beginnt am \_\_\_\_\_ als (Tätigkeit): \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Betr.-Nr. od. Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich war in den letzten **18 Monaten** wie folgt krankenversichert:

von	bis	Pflicht	Freiwillig	Familien	Privat	Nicht	Name der KK
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich übe erstmals in Deutschland eine Beschäftigung aus und war bisher nur im Ausland krankenversichert

**Bitte ausfüllen, wenn „familienversichert“ (neben anderen Versicherungen) angekreuzt ist:**

Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten

Ich beantrage für meine Angehörigen eine Familienversicherung. Bitte schicken Sie mir einen entsprechenden Antrag zu.

Die AOK wird beauftragt, meinen Arbeitgeber über die 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 finden Sie unter [aok.de/nds/datenschutzrechte](http://aok.de/nds/datenschutzrechte) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover oder unseren Datenschutzbeauftragten.

#### Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst auch den telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und ich kann sie jederzeit widerrufen. Es gelten die in den allgemeinen Informationen „Hinweise zur Datenverarbeitung durch die AOK Niedersachsen“ genannten Betroffenenrechte.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Jede Änderung werde ich mitteilen.

Ort, Datum/ Unterschrift des Mitglieds

Name des AOK-Beraters

Ort, Datum/ Unterschrift des Ansprechpartners im Betrieb

Telefonnummer des AOK-Beraters