

Fix per Fax: (0531) 1203-45 599

## Mitgliedsantrag für neue Mitarbeiter

Gilt als Erklärung zur Krankenversicherung und als Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

Ich möchte Mitglied der AOK werden/ bleiben

ab....

### Angaben zur Person

Name  Vorname

Straße  PLZ/Ort

Geburtsdatum  Telefon (für Rückfragen)

Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.) oder Geburtsort und Geburtsname, wenn noch keine RV-Nr. vergeben wurde:

### Angaben zur Tätigkeit

Das  Beschäftigungs-/ Versicherungsverhältnis bzw.  die Ausbildung

beginnt am  als (Tätigkeit)

Betrieb (Arbeitgeber)  Betr.Nr.

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

vom	bis	Pflicht	Freiwillig	Familien	Nicht	Name der KK

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

Name , Vorname , Geb.-Datum des Hauptversicherten

Ich beantrage für meine Angehörigen Familienversicherung, bitte schicken Sie mir einen entsprechenden Antrag zu.

Die AOK wird beauftragt, meinen Arbeitgeber über die AOK-Mitgliedschaft zu informieren.

**Datenschutzhinweis/Einwilligung:** Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 175, 206 und 290 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit §§ 5-10 und 186-193, 284 SGB V. Die Daten sollen auch zu späteren Beratungszwecken (schriftlich und telefonisch) dienen und werden hierfür gespeichert. Die Einwilligung zu dieser Datennutzung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden (§§ 67 a, 67 b SGB X).

Über Fa. DEUTAX an....

Ort, Datum/ Unterschrift des Mitglieds

**Frank Stautmeister**  
Ansprechpartner in der AOK

☎ 0531/1203-45 525

Ort, Datum/ Unterschrift des  
Ansprechpartners im Betrieb

