

zurück an:
AOK Sachsen-Anhalt
Die Gesundheitskasse
35.15.11 Beitragsmanagement
39084 Magdeburg

Ihr Gesprächspartner:
Jennifer Lorenz
Telefon: 0391 2878-46974
Telefax: 0391 2878 44500

Teilnahmeerklärung zum AOK-Krankengeld-Wahltarif KG 22 für unständig und kurzzeitig Beschäftigte

Mitglied

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail-Adresse	
PLZ	Wohnort	Straße, Hausnummer	

- Ich bin unständig beschäftigt (Beschäftigung im Hauptberuf nur sehr kurze Dauer – bis zu einer Woche)
- Ich bin kurzzeitig beschäftigt (Beschäftigung ist befristet auf weniger als 10 Wochen)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Beginn der Beschäftigung:

- Ich beantrage eine Krankengeldabsicherung im AOK-Krankengeld-Wahltarif KG 22** mit Krankengeldanspruch ab dem 22. Tag, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit mit einem kalender-täglichen Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts, nicht mehr als 90 v. H. des Nettoarbeits-entgelts, maximal in Höhe des gesetzlichen Höchstkrankengeldes.

Ich habe die Informationen zum AOK-Krankengeld-Wahltarif KG 22 (Tarifbedingungen) erhalten. Dort sind meine Rechte und Pflichten aus der Satzung der AOK Sachsen-Anhalt beschrieben. Mit den Regelungen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich an meine Entscheidung zur Teilnahme drei Jahre gebunden bin. Dies gilt ebenfalls für meine Mitgliedschaft bei der AOK Sachsen-Anhalt. Die Teilnahme am Tarif KG 22 verlängert sich ohne Kündigung automatisch um weitere 12 Kalendermonate.

Die Teilnahme am Tarif beginnt grundsätzlich mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in dem die Teilnahmeerklärung der AOK Sachsen-Anhalt zugeht. Das Mitglied kann einen späteren Zeitpunkt bestimmen.

- Ich erkläre, dass der AOK-Krankengeld-Wahltarif zu einem späteren Zeitpunkt beginnen soll, und zwar am: _____ (jeweils zum Monatsersten).

Die Prämie errechnet sich aus meinem voraussichtlichen beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Für die Prämienberechnung habe ich

- meine letzten drei Entgeltabrechnungen beigelegt.
- eine Kopie meines Arbeitsvertrages beigelegt.

Bankverbindung

Bitte verwenden Sie für den Einzug der Prämie bzw. die Überweisung des Krankengeldes folgende Bankverbindung:

IBAN	BIC	Name des Geldinstitutes
Kontoinhaber	Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)	

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Mitgliedschaft bzw. Versicherung nach §§ 5 ff SGB V und §§ 20 bis 26 SGB XI sowie der Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung nach §§ 226 ff SGB V und §§ 54 bis 61 SGB XI erhoben und verarbeitet. Die Angabe der Telefonnummer, der Mobilnummer und/oder der E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnelleren Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/san/datenschutzrechte.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Sachsen-Anhalt oder meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten für maximal 4 Jahre 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, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Weiterhin gilt sie auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK Sachsen-Anhalt nicht zustande kommt.



Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Minderjährigen)

Bitte im Original zurücksenden

AOK Sachsen-Anhalt
Die Gesundheitskasse.
3.0 FB Versicherungsmanagement

Jennifer Lorenz
39084 Magdeburg

Gläubiger-Identifikationsnummer AOK Sachsen-Anhalt:
DE17AOK00000007617

Mandatsreferenznummer:

WIRD SEPARAT MITGETEILT

KV-Nummer oder Geburtsdatum:

[Empty input field]

Name, Vorname der/des Versicherten:

[Empty input field]

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Sachsen-Anhalt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich bei Änderungen die Mitteilung über die Höhe des zu zahlenden Betrages spätestens einen Tag vor Einzug erhalte.

Name des Kreditinstitutes:
[Empty input field]

IBAN
D E [Empty input field]
BIC
[Empty input field]

wirksam ab: _____

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung nach §§ 226 ff SGB V und §§ 54 bis 61 SGB XI erhoben und verarbeitet. Die Angabe der Telefonnummer, der Mobilnummer und/oder der E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnelleren Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/san/datenschutzrechte.

Telefon

Datum/Unterschrift der/des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters der/des Zahlungspflichtigen

Ich bin **nicht** Inhaber/-in des angegebenen Girokontos; Kontoinhaber/-in ist:

Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichende/-r Kontoinhaber/-in

Telefon

Datum/Unterschrift der/des Kontoinhaber/-in