

zurück an:  
AOK Sachsen-Anhalt  
Die Gesundheitskasse.  
3.0  
39084 Magdeburg

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

## Teilnahmeerklärung zum AOK-Krankengeld-Wahltarif KG 22 für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige

### Mitglied

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

PLZ

Wohnort

Straße, Hausnummer

Ich bin seit/ab \_\_\_\_\_ hauptberuflich selbständig erwerbstätig als

- 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. meines für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge maß-gebenden beitragspflichtigen Arbeitseinkommens, 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. Die Teilnahme am Tarif KG 22 verlängert sich ohne Kündigung automatisch um weitere 12 Kalendermonate.

Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Beginn der Mitgliedschaft, wenn die Wahl zusammen mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft erklärt wird, ansonsten jeweils 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).

### Bankverbindung

Bitte verwenden Sie für den Einzug der Prämie bzw. die Überweisung des Krankengeldes die 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](http://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)



