

Das aktuelle Einkommen beträgt in Euro (Nachweis beifügen)						
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	selbst. Tätigkeit	aus einer Beschäfti- gung	Miete, Pacht, Zinsen usw.	sonst. Einnah- men Art	Pensionsbe- züge, Renten, ausländische Renten usw.	Ich verfüge über keine Einkünfte. Mein Le- bensunterhalt wird si- chergestellt durch
Selbst		5.450 €				
Ehegatte*						

\* Nur zu beantworten, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

**Änderungen der Angaben, insbesondere des Einkommens, werde ich unverzüglich mitteilen.**

Ich möchte von der Geschäftsstelle \_\_\_\_\_ betreut werden.

**Wünschen Sie die Abbuchung Ihrer Beiträge?**

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, füllen Sie bitte beiliegendes SEPA Lastschriftmandat vollständig aus und reichen Sie dieses mit ein.

**Steuer-ID (11-stellig):** \_\_\_\_\_

☒ Hiermit willige ich in die Datenübermittlung meiner gezahlten und/oder erstatteten Beiträge an die Finanzbehörde ein. Diese Einwilligung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Sie umfasst ggf. auch die Abfrage Ihrer Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID), um die korrekte Datenübermittlung beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) sicherzustellen (§§ 10 Abs. 2a, 22a Abs. 2 EStG).

*Hinweis: Eine fehlende Einwilligung in die Datenübermittlung bzw. Widerruf der Einwilligung kann zum Wegfall der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge führen.*

**Datenschutzhinweis**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 i. V. m. §§ 9, 175, 188 Abs. 4 und 240 SGB V und/oder § 94 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 20 und 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft ggf. nicht durchgeführt werden bzw. erfolgt keine korrekte Beitragsberechnung. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummern bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (\*). Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen für die Verwendung Ihrer o.a. Daten Ihre zusätzliche Einwilligung.

Sie können diese Einwilligung erst abgeben, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten mit Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: [widerruf@rps.aok.de](mailto:widerruf@rps.aok.de).

**Einwilligung**

☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, 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 durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

<sup>1</sup> Ankreuzfeld

Frankfurt, 06.07. 2022

Ort, Datum

*Manuel Klein*

Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

**Durch AOK auszufüllen:** Ich bestätige die AOK-Mitgliedschaft ab dem \_\_\_\_\_

Datum

AOK-Kundenberater

Bild für eGK:

☐ bereits im Bestand

☐ beigelegt

☐ wird nachgereicht/hochgeladen

☐ Bildbogen zusenden

Familienfragebogen zusenden

☐ ja

☐ nein

**Rücksendeadresse**

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
Die Gesundheitskasse  
56040 Koblenz