






So einfach ist der Wechsel zur AOK Rheinland-Pfalz / Saarland

In 4 kurzen Schritten Mitglied werden!


1 Mitgliedserklärung ausfüllen und absenden

Sie finden den passenden Mitgliedsantrag für **Angestellte** , **freiwillig Versicherte**  und **Studenten**  als PDF auf den folgenden Seiten. Gerne können Sie dabei auch direkt das beigefügte **SEPA-Lastschriftmandat**  ausfüllen.

2 Ihre bisherige Krankenkasse kündigen

Nutzen Sie dafür einfach und bequem die **Musterkündigung**  im PDF und senden Sie diese an Ihre bisherige Krankenkassen. Gerne können wir das auch für Sie übernehmen.

3 Dokumente an die AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland versenden

Verwenden Sie hierfür gerne den im PDF enthaltenen **Freiumsschlag** 

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
Geschäftsbereich Markt und Service
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg

4 Versicherungsleistungen der AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland genießen

Sobald Sie Mitglied sind können Sie von allen Vorteilen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland profitieren. Diese finden Sie im Infoset oder unter **aok.de/vielmehr**.

Gut zu wissen

- Sie beziehen noch Leistungen von Ihrer bisherigen Kasse? Sprechen Sie uns einfach an, wir kümmern uns um die Kostenübernahmen.
- Sie können Ihre gesetzliche Krankenkasse jederzeit wechseln, vorausgesetzt Sie sind mindestens 18 Monate dort versichert. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende. Führt Ihre Krankenkasse einen Zusatzbeitrag ein oder streicht angekündigte Prämien, ist auch eine außerordentliche Kündigung möglich.
- Für Ihre neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) benötigen wir von allen Versicherten über 15 Jahren ein aktuelles Foto. Sollten Sie derzeit kein entsprechendes Foto zur Hand haben, können Sie dies auch später nachreichen oder online hochladen unter **aok.de/rps**.

Sie haben noch Fragen an uns? Unser AOK-Servicetelefon ist immer für Sie da – kostenlos und 24 Stunden an 7 Tagen der Woche: 0800 - 477 2000 (kostenfrei). Wir freuen uns auf Sie!

Antrag auf Mitgliedschaft



Ich wähle die Mitgliedschaft in der AOK ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bzw. einem früheren Beginn einer Versicherungspflicht.

Vorname, Name

 m w

Geschlecht

Familienstand

Straße, Hausnummer, Adresszusatz

PLZ, Ort

Telefon*

Mobil Nr.*

E-Mail*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rentenversicherungsnummer

Staatsangehörigkeit

Nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt

Geburtsname

Geburtsort

Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsnummer

Anschrift

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

beschäftigt ab/seit (TT/MM/JJJJ)

Beruf/Ausbildungsberuf

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

vs. Ende der Ausbildung

Ich war von

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

selbst als Mitglied versichert bei

familienversichert bei

Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich beziehe Rente

Ich habe mich bis unmittelbar vor dem Beginn der Mitgliedschaft im Ausland aufgehalten.

Vor meinem Auslandsaufenthalt war ich in Deutschland zuletzt versichert bei

Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich war noch nie in Deutschland gesetzlich versichert.

Nach Ende dieser Beschäftigung kehre ich ins Ausland zurück.

Meine Familienangehörigen sollen kostenfrei mitversichert werden.

Über meine Wahlrechte wurde ich informiert. Bitte teilen Sie meinem Arbeitgeber meine Entscheidung mit.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zur Klärung Ihres Versicherungsschutzes erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (*). Die Daten dienen der Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

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

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutz-rechte> 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.

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.

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. ¹Ankreuzfeld

Ort, Datum

Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft



Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung ab (TT/MM/JJJJ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>
Vorname, Name	Geburtsdatum	Geschlecht	Familienstand
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer, Adresszusatz		PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon*	Mobil Nr.*	E-Mail*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer	Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer beantragt werden soll bzw. nicht vorliegt		Geburtsort	
Geburtsname		Geburtsort	

Abweichender Empfänger: Erziehungsberechtigter / Betreuer (bei Betreuer bitte Nachweis beifügen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname, Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer, Adresszusatz	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon*	Mobil Nr.*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail*	E-Mail*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Anschrift der letzten Krankenkasse	von
	bis

Ich beantrage die Versicherung

ohne Anspruch auf Krankengeld
 mit Anspruch auf Krankengeld (nachfolgenden Hinweis beachten)

Hiermit bestätige ich, dass ich zurzeit nicht arbeitsunfähig erkrankt bin. Mir ist bekannt, dass wenn zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung zum Krankengeldanspruch Arbeitsunfähigkeit besteht oder zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit eintritt, die Wahlerklärung erst zu dem Tag wirkt, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats. Tritt am Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld

Ich habe Familienangehörige, die bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland beitragsfrei mitversichert werden sollen

Ja
 Nein
 Mein Ehegatte ist privat versichert
 Mein Ehegatte ist gesetzlich versichert

Erziehen Sie Kinder oder haben Sie Kinder erzogen? (wichtig zur Feststellung der Beitragshöhe zur Pflegekasse)

Ja (Nachweis bzw. Geburtsurkunde beifügen)
 Nein

Wünschen Sie die Abbuchung Ihrer Beiträge? (Wenn ja, füllen Sie bitte beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat vollständig aus und reichen dieses mit ein.)

Ja
 Nein

Angaben zur Tätigkeit/Beschäftigung

Ich bin selbstständig

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der Tätigkeit	Anzahl der Arbeitnehmer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name der Firma	Betriebsnummer
<input type="text"/>	
Steuerberater	

Erhalten Sie einen Gründungszuschuss? (Nachweis beifügen)

Ja Nein

Arbeitnehmer, beschäftigt als
Arbeitgeber

Beamter (Dienstbezeichnung)
Dienstherr

Soldat auf Zeit/ Berufssoldat (Dienstbezeichnung)

Rentner/Pensionär Ruhegeldempfänger Sozialhilfebezieher

Schüler/Student bis
Schulart/Studiengang

Hausfrau/-mann nicht erwerbstätig sonstiges (z. B. Anwartschaftsversicherung)

Änderungen der Angaben, insbesondere des Einkommens, werde ich umgehend mitteilen

Angabe zu meinen Einnahmen
von (TT/MM/JJJJ) bis

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.537,50 EUR

Wenn ja, brauchen Sie die nachstehenden Fragen nur zu beantworten, wenn Sie eine Rente/Versorgungsbezüge erhalten. Ja Nein

Bitte fügen Sie zu den folgenden Einkünften jeweils aktuelle Nachweise bei. (z. B. letzter Einkommensteuerbescheid, Verdienstnachweis, Zinsbescheinigung usw.)

Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb jähr. EUR

Art des Gewerbes

Der Steuerbescheid (Steuerjahr) liegt noch nicht vor. Die Steuererklärung wurde am beim Finanzamt eingereicht.

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft jähr. EUR

Lohn/Gehalt aus nichtselbstständiger Arbeit/Dienstbezüge jähr. EUR
(voraussichtliche Bruttoeinnahmen einschließlich Einmalzahlungen/Sachbezügen – z. B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld – im Jahre 2018)

Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung mtl. EUR
(„Mini-Jobs“)

Einkünfte aus Kapitalvermögen jähr. EUR
(z. B. Zinsen, Dividenden usw. vermindert um Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerpauschbetrages)

Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung jähr. EUR
(Bruttoeinnahmen abzüglich Werbungskosten)

Sonstige Einkünfte z. B.

<input type="checkbox"/>	Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (Bruttorente ohne Beitragszuschuss)	mtl. EUR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rente aus dem Ausland (Bruttorente. Bitte akt. Bescheid oder Kto.-Auszug beilegen)	mtl. EUR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebsrente) einschließlich Sonderzahlungen	mtl. EUR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem SGB XII/Sozialhilfe (Angaben sind nicht erforderlich bei Unterbringung in stationärer Einrichtung)	mtl. EUR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Einnahmen und Geldmittel (z.B. Abfindungen, private Lebensversicherungen, priv. Renten, Unfallrenten usw.)	mtl. EUR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ich verfüge nicht über eigene Einnahmen. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Vor- und Zuname	
	<input type="text"/>	Art der Einnahme (z. B. Unterhalt, BaföG)	mtl. EUR <input type="text"/>

Tabelle nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert ist. Das aktuelle Einkommen meines Ehegatten beträgt in Euro (bitte Nachweise beifügen)

	monatlich	jährlich
Selbstständige Tätigkeit	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
aus einer Beschäftigung	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
Miete, Pacht, Zinsen usw.	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
Pensionsbezüge, Renten, ausländische Renten usw.	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>

sonstige Einnahmen (Art der Einnahmen)

<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Mein Ehegatte verfügt nicht über eigene Einnahmen. Sein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Vor- und Zuname	
			mtl. EUR <input type="text"/>

Änderungen der Angaben, insbesondere des Einkommens, werde ich umgehend mitteilen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Steuer-ID (11-stellig)

Hiermit willige ich in der Datenübermittlung gezahlten und/oder erstatteten Beiträge an die Finanzbehörde ein. Diese Einwilligung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Sie umfasst ggf. auch die Abfrage meiner 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 der 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 58 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.

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.

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.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten mit Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie

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. ¹ Ankreuzfeld

Ort, Datum

Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Antrag auf Kranken- und Pflegeversicherung als Student



Ich wähle die Mitgliedschaft für Studenten in der AOK ab

Vorname, Name

Geburtsdatum

 m w

Geschlecht

Familienstand

Studienanschrift/Straße

PLZ, Ort

Telefon*

Mobil Nr.*

E-Mail*

Heimatanschrift/Straße

PLZ, Ort

Telefon*

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Staatsangehörigkeit

Ich habe Kinder ja nein

Nur ausfüllen, falls Rentenversicherungsnummer nicht vorhanden

Geburtsname

Geburtsort

Ich arbeite als Arbeitnehmer nein ja ja, mehr als 20 Std. wöchentlich

Mein letztes Versicherungsverhältnis bestand als: Mitglied Rentner Familienangehöriger

Name und Anschrift der letzten Krankenkasse

bis

Ich bin nicht selbstständig erwerbstätig, Beamter(-in), Anwärter(-in) oder von der Krankenversicherungspflicht befreit.

Mein Studium beginnt am / besteht seit

endet voraussichtlich am

an der Hochschule/Fachhochschule

Studiengang/-fach

Ich bin Student Masterstudent ja nein

Bezug von BAFöG ja nein

Freiwilligendienst von

bis

Momentan befinde ich mich im Fachsemester (bitte Anzahl angeben)

Meinen Abschluss habe ich Fachsemestern erlangt (bitte Anzahl angeben) innerhalb von

Damit wir Ihren Versicherungsschutz aufrecht erhalten können, bitten wir Sie uns über Änderungen Ihres Studiums zeitnah zu informieren und eine aktuelle Studienbescheinigung (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) einzureichen.

Steuer-ID (11-stellig)

Hiermit willige ich in der Datenübermittlung gezahlten und/oder erstatteten Beiträge an die Finanzbehörde ein. Diese Einwilligung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Sie umfasst ggf. auch die Abfrage meiner 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 der Datenübermittlung bzw. Widerruf der Einwilligung kann zum Wegfall der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge führen.

Wünschen Sie eine Abbuchung Ihrer Beiträge? ja nein Wenn ja, füllen Sie bitte beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat vollständig aus und reichen Sie dieses mit ein.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zur Klärung Ihres Versicherungsschutzes erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (*). Die Daten dienen der Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

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

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutz>-rechte 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.

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.

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. ¹ Ankreuzfeld

Ort, Datum

Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Gläubiger-Identifikationsnummer
der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

DE14ZZZ00000086144

Mandatsreferenznummer wird
separat mitgeteilt

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland
Die Gesundheitskasse

56040 Koblenz

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ordnungsbegriff (Betriebsnummer/KV-Nummer, Fallbündelnummer, Policennummer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Kontoinhabers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift des Kontoinhabers

Straße

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Haus-Nr.

Postleitzahl

Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Kreditinstituts

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Für Privatkunden:

Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

**Bitte nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:**

Name

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich werde (Wir werden) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.

An

Bisherige Krankenkasse

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Meine Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Ort/Datum

Unterschrift

Das Porto
zahlt Ihre
AOK

Deutsche Post 

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse

Geschäftsbereich Markt und Service
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg



Jetzt einfach Mitglied werden

Senden Sie uns Ihren Antrag auf
Mitgliedschaft portofrei zu!

- 1** Drucken oder kleben Sie das Antwortfeld oben auf ein leeres Briefkuvert.
- 2** Legen Sie dem so vorbereiteten Briefumschlag Ihren Mitgliedsantrag bei und senden Sie diesen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zu. Für Sie entstehen keine Portokosten.
- 3** Für alle weiteren Informationen wird sich die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bei Ihnen melden. Vielen Dank!



AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Freiumschläge



Das Porto
zahlt Ihre
AOK

Deutsche Post 
ANTWORT

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse**

Geschäftsbereich Markt und Service
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg



Das Porto
zahlt Ihre
AOK

Deutsche Post 
ANTWORT

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse**

Geschäftsbereich Markt und Service
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg

