

# Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft

## 1. Meine persönlichen Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße, Nr.		PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Telefon*/Handy*	E-Mail*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m/w)	Familienstand	Anzahl d. gemeinsamen u. unterhaltsberechtigten Kinder <sup>1</sup>
<input type="text"/>		

Steueridentifikationsnummer (IDNr.) 11-stellig (siehe auch Punkt 7)

\*Die Angaben der Telefon- und Handy-Nummer sowie der E-Mail-Adresse sind freiwillig. Wir möchten diese Kommunikationswege zusätzlich zur schriftlichen Kommunikation nutzen, um bei Bedarf kurzfristig mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können.

### Ich beantrage die freiwillige Versicherung

<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Beendigung der Familienversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schwerbeschädigung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes		ab	aufgrund
<input type="checkbox"/> Kassenwechsel entspr. § 173 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/> beruflichen Auslandsaufenthaltes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rückkehr in das Inland am		<input type="text"/>	Beschäftigungsaufnahme ab
<input type="checkbox"/> Ich bin versicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Meine jetzige Tätigkeit	Arbeitgeber	<input type="text"/>	Telefon- und Betriebsnummer des Arbeitgebers
<input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig tätig (ggf. als Gesellschafter)		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Branche	Tätigkeit	<input type="text"/>	Arbeitszeit wöchentlich in Stunden
<input type="checkbox"/> Geschäftsöffnungszeiten (wenn vorhanden, bitte angeben)	Anzahl pflichtversicherter Arbeitnehmer (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)	<input type="text"/>	Anzahl geringfügig Beschäftigter (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)
<input type="checkbox"/> Ich bin Sozialhilfeempfänger und in einer stationären Einrichtung nach SGB XII untergebracht.			
<input type="checkbox"/> Ich bin	<input type="text"/>		
	z. B. Student ohne Pflichtversicherung, Fachschüler, Rentner, Kind usw.		
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht erwerbstätig.			

## 2. Mein Brutto-Einkommen (Nachweise sind bitte beizufügen bzw. vorzulegen)

		Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner** <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewinn aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (letzten v. Finanzamt ausgestellten Steuerbescheid beifügen/vorlegen)	jährlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gründungszuschuss, Gründungsbeihilfen (z. B. von SAB-Bank)	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Überbrückungsgeld/Leistungen aus dem ESF-Fond	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (nicht aus geringfügiger Beschäftigung)	jährlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zusätzliche Einmalzahlungen insgesamt (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld usw.)	jährlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Renten (z. B. Unfallrente, private Renten-/Lebensversicherung; Kopie der/des Bescheide/-s beifügen)	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versorgungsbezüge (z. B. Pension, Betriebsrente) (Kopie der/des Bescheide/-s beifügen)	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einkünfte aus Kapitalanlagen	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Einkünfte, Einkunftsart <input type="text"/>	monatlich <input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie keine oder nur geringe Einkünfte angegeben, bitten wir um die Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten

z. B. Zuwendungen des Lebensgefährten bzw. der Eltern oder anderer Personen

\*\*Lebenspartner/-innen sind Personen, die eine nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG) eingetragene Lebenspartnerschaft begründen

<sup>1</sup>nur ausfüllen, wenn der Ehegatte/Lebenspartner\*\* nicht gesetzlich krankenversichert ist

### 3. Meine bisherigen Versicherungszeiten (außerhalb der AOK PLUS)

#### 3.1. Feststellung der Versicherungsberechtigung – max. 5 Jahre vor Beginn der freiwilligen Versicherung

von	bis	Krankenkasse	freiwilliges Mitglied	Pflichtmitglied	Familienversicherung	nicht oder privat versichert

Die Kündigungsbestätigung der bisherigen gesetzlichen Krankenkasse  liegt dem Antrag bei  wird nachgereicht  bis zum

#### 3.2. Versicherungszeiten, für die eine Vorlage der Kündigungsbestätigung nicht notwendig ist:

Ich war in den letzten 18 Monaten familienversichert bei   
 Ich war in den letzten 18 Monaten kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.  Name der Krankenkasse

### 4. Besonderheiten

4.1. Ich bin hauptberuflich selbstständig tätig und verliere im Krankheitsfall ganz oder überwiegend mein Arbeitseinkommen.  ja  nein

Wenn »ja«, beantrage ich meine Versicherung mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab 7. Krankheitswoche.  ja  nein

4.2. Über die Möglichkeit einer Beitragsentlastung wurde ich informiert und ich beantrage eine Beitragsentlastung.  ja  nein  
 ja  nein

Das Formular und die entsprechenden Nachweise reiche ich innerhalb der nächsten 3 Wochen nach.

4.3. Ich möchte Informationen zu Ihren angebotenen Wahlтарifen.  ja  nein

4.4. Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.  nein  ja, aufgrund privatem PV-Vertrag vor dem 23.06.1993 (Nachweis über die private Pflegeversicherung bitte vorlegen)

seit

4.5. Ich bin kinderlos  ja  nein (bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen)

4.6. Mein Ehegatte/Lebenspartner\*\* ist:  privat  gesetzlich  nicht krankenversichert

4.7. Ich habe Anspruch auf: Beihilfe  ja  nein freie Heilfürsorge  ja  nein

### 5. Zahlungsweise

- Ich möchte, dass die monatlichen Beiträge per Lastschrift von meinem Bankkonto abgebucht werden. **Achtung:** Bitte **SEPA-Lastschriftmandat** ausfüllen und im Original einreichen.
- Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen (gilt nur für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten)

### 6. Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder)  ja  nein.

### 7. Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i. V. m. §§ 9, 240 und 175 SGB V sowie des § 21 der Satzung der AOK PLUS erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich Ihrer Berechtigung zur Durchführung einer Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Ermittlung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Mit Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer übermittelt die AOK PLUS die von Ihnen gezahlten und die von der AOK PLUS an Sie erstatteten Beiträge jährlich unter der Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer (IDNr.) an das Finanzamt. Ohne Angabe der Steueridentifikationsnummer ist eine steuerliche Berücksichtigung ausgeschlossen. Die Einwilligung zur Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Wenn Sie einwilligen, nutzen wir Ihre Daten schriftlich oder telefonisch für weitere Informationen oder Beratung zu den Vorteilen der AOK PLUS oder zu privaten Zusatzversicherungen unserer Vertragspartner. Für die Rechtswirksamkeit dieser Erklärung ist Ihre Volljährigkeit Voraussetzung. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, über jeden anderen unserer Servicekontakte oder unter [plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung](http://plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung) wahrnehmen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/plus/datenschutzrechte](http://www.aok.de/plus/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. 01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), [service@plus.aok.de](mailto:service@plus.aok.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS, 01058 Dresden, [datenschutz@plus.aok.de](mailto:datenschutz@plus.aok.de).

**Einwilligung zur Datenübermittlung zur steuerlichen Berücksichtigung von Beiträgen**  
 Ja, ich bin einverstanden, dass die Höhe meiner gezahlten und mir von der AOK PLUS erstatteten Beiträge jährlich unter Angabe meiner Steueridentifikationsnummer (IDNr.) an die Finanzverwaltung übermittelt werden. Hinweis: Sollten Sie keine Steueridentifikationsnummer angeben ist eine steuerliche Berücksichtigung trotz Ihrer Einwilligung ausgeschlossen. Wir gehen dann davon aus, dass Sie der Übermittlung der gezahlten Beiträge widersprechen.

### 8. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK PLUS meine angegebenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK, zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK zu informieren und zu beraten sowie um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Die Hinweise habe ich gelesen. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unaufgefordert informieren.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stempel AOK PLUS-Kundenberater	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Unterschrift d. Versicherten, bei Minderjährigen die des gesetzlichen Vertreters
<input type="text"/>	Informationsmaterial zu den Wahlтарifen wurde ausgehändigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterschrift und KI-Kennung des AOK PLUS-Mitarbeiters	

**Wird von der AOK PLUS ausgefüllt!**  HB  FB  Fil  MwM  Tel  Br  VA  TS  AE, Datum: \_\_\_\_\_ Postkz.: \_\_\_\_\_  Bild für eGK vorhanden

# WICHTIG! Unser »Kleingedrucktes«

## Beginn der Mitgliedschaft

Ihre freiwillige Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag nach dem Ende einer vorhergehenden Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung, ansonsten mit dem Tag des Beitritts. Ihre Anmeldung zur freiwilligen Versicherung muss uns schriftlich innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung zugegangen sein.

Freiwillig Versicherte sind gleichzeitig versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung, es sei denn, sie sind von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit. Die Mitgliedschaft wird von der bei uns errichteten Pflegekasse durchgeführt. Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind (zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen) an uns zu zahlen.

## Leistungen

Von Beginn Ihrer freiwilligen Mitgliedschaft an haben Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen Anspruch auf einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Näheres darüber enthalten unsere Leistungsbroschüren, die wir für Sie bereithalten.

### Ausnahmen:

Der Anspruch auf Leistung ruht für Sie, wenn Beitragsanteile von zwei Monaten trotz Mahnung nicht gezahlt wurden. Vom Ruhen der Leistungen ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches Zweites Buch (SGB II) oder des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) werden.

Bei einer Anwartschaftsversicherung steht Ihnen unser umfangreiches Leistungspaket nicht zur Verfügung.

## Beitragspflichtige Einnahmen

Der Beitrag wird nach den Einnahmen bemessen, sofern nicht gesetzliche oder satzungsgemäße Mindestbemessungsgrenzen in Ansatz zu bringen sind. Einnahmen sind Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuergesetzes **ohne** Abzüge von Steuern, Sonderausgaben, Freibeträgen und Abschreibungen. Die Beitragsbemessung erfolgt nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

## Zahlung der Beiträge

Spätestens am 15. jeden Monats muss Ihre Beitragszahlung für den Vormonat bei uns gebucht sein. Die pünktliche Zahlung ist sichergestellt, wenn Sie am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen. Mit dem Beitragsbescheid erhalten Sie die Vorabankündigung (Pre-Notification) in welcher Höhe wir bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren monatlich abbuchen. Die gesetzlich vorgeschriebene Frist für diese Pre-Notifikation beträgt 14 Tage. Mit Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates stimmen Sie der Verkürzung dieser Frist auf einen Tag zu. Eine Veränderung des Zahlungsbetrages teilen wir Ihnen mindestens einen Tag vor Belastung Ihres Bankkontos mit.

Wir sind verpflichtet, für jeden fälligen Beitrag, der bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht beglichen ist, einen Säumniszuschlag zu erheben. Dieser beträgt 1 v.H. des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten gerundeten Betrages.

## Krankengeld

**Freiwillige Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen**, haben Anspruch auf Krankengeld nach Wegfall des Entgeltfortzahlungsanspruches.

Der Anspruch auf Krankengeld entfällt mit Beginn einer Vollrente wegen Alters oder voller Erwerbsunfähigkeit.

**Freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig tätig sind**, können die Krankenversicherung mit dem gesetzlichen Krankengeldanspruch ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Die Wahlerklärung besitzt drei Jahre Gültigkeit und kann nicht widerrufen werden.

Wichtige Voraussetzungen für die Zahlung Ihres Krankengeldes:

- Verlieren Sie ganz oder teilweise Ihr Arbeitseinkommen, schützt Sie das Krankengeld gegen das Risiko vor Entgeltverlusten bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- Basis bildet Ihr erzielttes beitragspflichtiges Arbeitseinkommen aus dem steuerlich abgeschlossenen Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Maßgebend hierfür ist der durch die Finanzbehörde mittels Einkommenssteuerbescheid festgestellte Gewinn.
- Für den Krankengeldanspruch ist wichtig, dass aus dem erzielten Arbeitseinkommen zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auch Beiträge zur Krankenversicherung nach dem allgemeinen Beitragssatz gezahlt wurden.
- Sind im maßgeblichen Einkommenssteuerbescheid negative Einkünfte ausgewiesen, kann kein Krankengeld gezahlt werden.
- Sind Sie am Tag der Abgabe Ihrer Wahlerklärung – oder bevor deren Wirkung eintritt – arbeitsunfähig, beginnt der Anspruch auf Krankengeld erst nach Ende dieser Arbeitsunfähigkeit.
- Für das Krankengeld – vom Entstehen bis zum Wegfall des Anspruchs – wenden wir die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) an.

Wichtige Hinweise zur Beitragsfreiheit während der Zahlung von Krankengeld:

- Für die Zeit, in der Sie Krankengeld erhalten, zahlen Sie keine Beiträge aus dem entfallenden Arbeitseinkommen.
- Einkommensarten, wie z. B. während der Arbeitsunfähigkeit erzielttes Arbeitseinkommen, Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen bleiben bei der Ermittlung der Höhe des Krankengeldes unberücksichtigt. Aus diesen Einnahmen sind auch während des Krankengeldbezuges Beiträge zu entrichten.
- Beiträge sind auch aus dem Differenzbetrag bis zur Mindestbemessungsgrenze zu zahlen, wenn das entfallende Arbeitseinkommen darunter liegt.

## Wohnortwechsel

Ändert sich Wohnort oder Arbeitgeber, geben Sie uns bitte Bescheid. Die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS bleibt natürlich weiter bestehen.

## Ende der Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft wird beendet durch

- a) die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- b) den Eintritt von Versicherungspflicht, wenn Leistungen des Arbeitsamtes bezogen werden
- c) die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner
- d) den Eintritt in die Krankenversicherung der Studenten
- e) Wirksamwerden der Kündigung nach Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet vom Monat, in dem die Kündigung bei uns eingeht, sofern die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt wurde.

Nach Wegfall der von a) bis d) genannten Tatbestände können Sie erneut freiwilliges Mitglied werden.

Die freiwillige Versicherung ist dann innerhalb von drei Monaten schriftlich bei uns zu beantragen.

## Änderungen

Als Mitglied haben Sie eine Auskunft- und Mitteilungspflicht. Änderungen in den Einkommensverhältnissen oder der beruflichen Tätigkeit sind uns mitzuteilen. Wir sind berechtigt zur Einsichtnahme in Unterlagen, aus denen Veränderungen hervorgehen.

# Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der AOK PLUS in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis (§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)) zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU DS-GVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

## **Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?**

Die AOK PLUS hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK PLUS die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff. SGB I) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK PLUS nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z. B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden der AOK PLUS auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogene Daten verarbeitet werden müssen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmung des Zuzahlungsstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197 a SGB V)
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK PLUS Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1 a EU DS-GVO).

## Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

1. Daten zur Person (z. B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
2. Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Beitrags- und Zahlungsdaten
5. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten)
6. Daten zur Pflegeperson
7. Daten zum gesetzlichen Vertreter
8. Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
9. Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
10. Daten von Arbeitgebern und deren Steuerberatern
11. Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

## Wer bekommt Ihre Daten?

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67 d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK PLUS kann Ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK PLUS darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

## Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

## Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU DS-GVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen

## Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

Verantwortlicher:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), [service@plus.aok.de](mailto:service@plus.aok.de),

[www.aok.de/plus/datenschutzrechte](http://www.aok.de/plus/datenschutzrechte) - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden, [datenschutz@plus.aok.de](mailto:datenschutz@plus.aok.de).

## Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK PLUS zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Devrientstraße 1, 01067 Dresden.

Bitte im Original zurücksenden an:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.  
Bereich Privatkunden  
01058 Dresden

### Wichtige Hinweise!

- Die Angabe von IBAN und BIC ist zwingend erforderlich. Diese finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.
- Änderungen sind nur schriftlich möglich.
- Die Rückgabe des Lastschriftmandates ist nur **im Original**, nicht jedoch als Fax oder E-Mail zulässig.

## SEPA-Lastschriftmandat

- für wiederkehrende Zahlungen  
 für einmalige Zahlung

**Zahlungsempfänger:** AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE85AOK00000018809  
**Mandatsreferenz:** wird Ihnen separat mitgeteilt

### Zahlungspflichtiger

Name, Vorname, Titel

Versichertennummer

Straße, Nr., PLZ, Ort

Ich ermächtige die AOK PLUS, Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK PLUS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.  
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**IBAN**

**BIC**

### Kontoinhaber, wenn dieser vom Zahlungspflichtigen abweicht

Name, Vorname, Titel

Straße, Nr., PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

#### Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke des rechtmäßigen und fristgerechten Einzuges Ihrer Beiträge nach §10 und 11 BVSzGs erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung führt dazu, dass wir Ihre Beiträge nicht per Lastschriftverfahren einziehen können. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte).

Porto  
zahlt die  
AOK PLUS

Deutsche Post   
ANTWORT

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

01058 Dresden



## Jetzt 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 Ihr ausgefülltes Formular bei und senden Sie es der AOK PLUS zu. Für Sie entstehen keine Portokosten.
- 3** Für alle weiteren Informationen wird sich die AOK PLUS bei Ihnen melden. Vielen Dank!

