

Ich möchte zum _____ freiwilliges Mitglied der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse werden.

Persönliche Angaben

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsort

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w)

Telefonnummer/Handynummer (optional)

E-Mail (optional)

— Geburtsdatum —

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

Rentenversicherungsnummer

Angaben zur Versicherung

Mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Ich bin selbstständig tätig als:

Ich beantrage den Versicherungsschutz (nur für selbstständig Tätige)

mit gesetzlichem Krankengeld ab 7. Woche.*

ohne Krankengeld.

***Bitte Wahlerklärung zum gesetzlichen Krankengeld beifügen.**

Ich bin _____
Angaben zum Personenkreis (z.B. Student ohne Pflichtversicherung, Rentner, Kind, nicht erwerbstätig, Sozialhilfeempfänger).

Mein Einkommen ist auf beigefügtem Einkommensfragebogen dargelegt. Bitte Einkommensnachweise beifügen.

Ich habe Kinder gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz. Bitte Nachweise der Elterneigenschaft beifügen.

Familienversicherung

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? ja nein

Familienfragebogen

ist beigefügt. wird nachgereicht. bitte zusenden.

Zahlungsweise

Meine Beiträge zahlt der Arbeitgeber. zahle ich selbst.
 sollen von dem benannten Girokonto eingezogen werden.

Bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und beifügen.

Angaben zur bisherigen Versicherung

Bitte die letzten 5 Jahre vor Beginn der beantragten freiwilligen Krankenversicherung angeben.

vom	bis	Krankenkasse	Freiwilliges Mitglied	Pflichtmitglied	familien-versichert	privat versichert	nicht versichert

Kündigungsbestätigung ist beigefügt. wird nachgereicht. ist nicht notwendig

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters

Hinweis: Wir benötigen Ihre persönlichen Sozialdaten zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrags (§§ 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V), § 94 SGB XI). Fehlende, falsche oder unvollständige Angaben können nachteilige Folgen haben (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V).

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost

MA 1

MA 2

Kundengruppe

Betriebsnummer

SAP-Nr. BLN, BRB bzw. MV

SAP-Nr. ext.

Datum, Unterschrift und Namensstempel der Führungskraft

Hinweise Bildbogen beigefügt

Bildbogen ausgehändigt/zugesandt

Bildbogen zusenden

eGK: Bild in einem Bestand der AOK Nordost vorhanden

Bild von anderer AOK angefordert (KW AOK intern)

AOK Nordost
Frau Isabella Kamp
STM/0/2/4 StO Schlieperstr.
14456 Potsdam

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____

**Bitte nur im Original
zurückschicken**

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an das Finanzamt

Damit Ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich berücksichtigt werden können, muss die Höhe der jeweiligen Beträge direkt an das Finanzamt gemeldet werden. Für Arbeitnehmer erfolgt dies durch den Arbeitgeber. Für Personen, die eine gesetzliche Rente beziehen, meldet der Rentenversicherungsträger die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

Für alle Versicherten, die ihre Beiträge selbst an die AOK Nordost zahlen (z. B. freiwillig Versicherte, Studenten, Zeitsoldaten) oder Versicherte, die Erstattungen aus dem AOK-Prämienprogramm oder einem AOK-Wahltarif erhalten, übernimmt die AOK Nordost die Meldung an das Finanzamt über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen. Dafür benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einwilligungserklärung sowie Ihre Steueridentifikationsnummer. Bitte bedenken Sie, dass eine steuerliche Berücksichtigung nur erfolgen kann, wenn die Daten an das Finanzamt gemeldet wurden.

Die Meldung über die gezahlten Beiträge erfolgt jeweils zum 28.02. des Folgejahres. Entsprechendes gilt für Erstattungen im Rahmen von AOK-Wahlтарifen oder des AOK-Prämienprogrammes. Selbstverständlich erhalten Sie einen Nachweis über die gemeldeten Daten.

Die Einwilligung in die Datenübermittlung gilt bis auf Widerruf. Sie kann jedoch jederzeit für die Zukunft schriftlich mit Wirkung ab dem jeweils folgenden Veranlagungsjahr widerrufen werden. Eine nachträgliche Einwilligung ist nur bis zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach Ablauf des Beitragsjahres möglich.

Ich willige in die Datenübermittlung ein.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

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

Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Datenschutzhinweis (§§ 67a Abs. 3, 71 Abs. 1 Nr. 4 SGB X, § 288 SGB V): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI i. V. m. § 22a Abs. 2 Satz 1 EStG erforderlich. Ihre Daten werden aufgrund des § 10 EStG erhoben. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

AOK Nordost
Frau Isabella Kamp
STM/0/2/4 StO Schlieperstr.
14456 Potsdam

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: ____ . ____ . ____

Mitgliedsantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie meinen ausgefüllten und **unterschrifteten** Antrag auf Mitgliedschaft bei der AOK.

- Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse habe ich beigefügt.
- Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Kasse erhalten Sie umgehend nach Erhalt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen