

Ich möchte zum _____ 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

Zahlungsweise

- Ich zahle meine Semesterbeiträge im Voraus.
- Bitte ziehen Sie meine Beiträge monatlich von dem benannten Girokonto ein.
Bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und beifügen.

Familienversicherung

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? ja nein

Familienfragebogen

- ist beifügt. wird nachgereicht. bitte zusenden.

Angaben zur bisherigen Versicherung

Bitte die letzte Versicherung angeben. Wenn Sie freiwilliges Mitglied werden möchten, dann die letzten 5 Jahre eintragen.

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

Kündigungsbestätigung ist beifügt wird nachgereicht ist nicht notwendig

Angaben zur Versicherung

- Ich bin Student einer Fachhochschule/Hochschule. Tag der Einschreibung/Immatrikulation: _____
- Ich bin als Praktikant innerhalb der Berufsausbildung/des Studiums beschäftigt.
- Vorpraktikum Zwischenpraktikum Nachpraktikum
- Ich erhalte ein monatliches Ausbildungsentgelt in Höhe von _____ EUR
- Ich bin Auszubildender des Zweiten Bildungswegs, Berufs-/Fachschüler, Student einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule, Wandergeselle.

Zeitraum des Studiums/des Praktikums/der Ausbildung:

vom: _____ bis: _____ Anzahl der Semester _____

Bitte die aktuelle Studienbescheinigung mit Angabe der Fachsemesterzahl, den Praktikumsvertrag bzw. entsprechende Ausbildungsverträge beifügen.

Name und Anschrift der Fachhochschule/Hochschule, Berufs-/Fachschule oder Ausbildungsstätte

- Ich erhalte Leistungen nach dem BAföG.
- Ich bin während des Studiums/des Praktikums/der Ausbildung
- beschäftigt. selbstständig erwerbstätig.
- Bitte Fragebogen „Beschäftigter Student“ bzw. „Selbstständige Tätigkeit“ ausfüllen und beifügen.**

- Ich habe monatlich weitere Einnahmen. _____ EUR
- Rente bzw. Rente wurde beantragt
- Versorgungsbezüge Arbeitseinkommen

Bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

- Ich habe Anspruch auf Beihilfe.
- Ich habe Kinder gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz.

Bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen.

- Ich bin von der Krankenversicherung der Studenten befreit.

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

Betriebsnummer

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

- MA 1 MA 2 Kundengruppe
- Bildbogen ausgehändigt/zugesandt

SAP-Nr. BLN, BRB bzw. MV

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

SAP-Nr. ext.

Datum, Unterschrift und Namensstempel der Führungskraft

- Hinweise** Bildbogen beifügt 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:

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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: _____

**Bitte nur im Original
zurückschicken**

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19AOK00000018639
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die jeweils fälligen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse für die Krankenversichertennummer:

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

Ich ermächtige die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse Zahlungen von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ich bin damit einverstanden, dass ich die Mitteilung über die Höhe des zu zahlenden Betrages spätestens einen Tag vor Einzug erhalte.

Name des Kreditinstitutes _____

BIC*: _____ *Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

IBAN*: D E _____

Ich bin **nicht** Inhaber des angegebenen Girokontos; Kontoinhaber ist:

Name, Vorname/Firma _____

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichender Kontoinhaber _____

Datum/Unterschrift abweichender Kontoinhaber _____

Datum/Ort/Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter _____

Hinweis: Die Daten werden nur für das Lastschriftverfahren verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

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 **unterscriebenen** 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