

Ja, ich möchte freiwilliges Mitglied der AOK NORDWEST werden.



Die Mitgliedschaft beginnt am

Persönliche Angaben

Name		Vorname		Rentenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum		
Geburtsname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand		Kinderzahl
Geburtsort		Staatsangehörigkeit		Telefon*		
Straße / Haus-Nr.				Handy*		
PLZ	Ort			E-Mail*		

*freiwillige Angabe

Angaben zur Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in den letzten 18 Monaten

vom	bis	bei (Name der Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> als Mitglied
			<input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r
vom	bis	bei (Name der Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> als Mitglied
			<input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r

- Bitte informieren Sie meine bisherige Kasse über meine Krankenkassenwahl
- Ich bin Neukunde und benötige eine elektronische Gesundheitskarte

- Rückkehr ins Inland
- Sollte ich die Voraussetzungen einer Mitgliedschaft nach § 9 SGB V nicht erfüllen, soll diese Erklärung als Antrag auf Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gewertet werden

Angaben zur Tätigkeit

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	Name und Anschrift des Arbeitgebers		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Student/in/Schüler/in	<input type="checkbox"/> Rentner/in/Rentenantragsteller/in	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung			
<input type="checkbox"/> Ich habe Beihilfeansprüche (Nachweis ist beigelegt)			

Angaben zum Krankengeld für Selbstständige

Ich wähle kein Krankengeld Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (bitte Zusatzklärung mit ausfüllen).

Hinweis: Das Bruttokrankengeld beträgt bei einer Arbeitsunfähigkeit 70 % des entfallenden Arbeitseinkommens. Von beitragspflichtigen Einnahmen, die durch das Krankengeld ersetzt werden, sind während der Arbeitsunfähigkeit keine Beiträge zu zahlen.

Angaben zu den Einnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen und entsprechende Nachweise beifügen)

- Meine Einnahmen betragen im Jahr 2021 voraussichtlich mehr als 58.050,00 EUR (monatlich 4.837,50 EUR)
Weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente) erhalten.

- Selbstständige/freiberufliche Tätigkeit jährl. EUR
- Arbeitsentgelt/Dienstbezüge mtl. EUR
- Gründungszuschuss/Gründungsbeihilfe mtl. EUR
- Überbrückungsgeld mtl. EUR

- | | | | |
|---|------|----------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Einmalzahlungen | mtl. | <input type="text"/> | EUR |
| <input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung | mtl. | <input type="text"/> | EUR |
| <input type="checkbox"/> Renten | mtl. | <input type="text"/> | EUR |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge | mtl. | <input type="text"/> | EUR |
| <input type="checkbox"/> Miet- und Kapitalerträge | mtl. | <input type="text"/> | EUR |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte | mtl. | <input type="text"/> | EUR |
| <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keine Einnahmen bzw. meine Einnahmen sind geringer als die meiner/s Ehepartners/in/Lebenspartners/in ¹ . | | | |

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: Ersparnisse; Eltern oder Freunde;

Mein/e Ehepartner/in/Lebenspartner/in¹ ist **gesetzlich** krankenversichert (weitere Angaben sind nicht erforderlich).

Mein/e Ehepartner/in/Lebenspartner/in¹ ist **nicht gesetzlich** krankenversichert.

Einnahmen (bitte fügen Sie Nachweise bei) nur ausfüllen, wenn der/die nicht getrennt lebende Ehepartner/in/Lebenspartner/in¹ nicht gesetzlich krankenversichert ist.

mtl. EUR

jährl. EUR

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder:

¹ Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Angaben zur Beitragszahlung

- Die Beiträge zahlt der Arbeitgeber (Firmenzahler). zahle ich monatlich per Dauerauftrag.
 sollen per Lastschrift eingezogen werden (bitte Vordruck "Lastschriftmandat" beifügen)

Unterschrift zur Mitgliedserklärung

Vorstehende Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Wenn sich meine Einnahmen ändern, werde ich Sie sofort benachrichtigen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Unvollständige, verspätete oder unzutreffende Angaben führen ggf. zu Beitragsnachberechnungen.

Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NORDWEST, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren und zu beraten. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datum

Unterschrift Kunde (bei unter 18-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Durchführung der Versicherung nach § 9 SGB V und der Beitragsbemessung nach §§ 226, 227, 228, 229, 236, 238a, 239, 240 SGB V bzw. § 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (höhere Beitragseinstufung) führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@nw.aok.de.