

# Willkommen in der AOK!

## Mitgliedschaftserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses nach § 5 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei der Durchführung Ihres Versicherungsschutzes führen kann. \*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok-bw.de/datenschutzrechte](http://www.aok-bw.de/datenschutzrechte). Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@bw.aok.de](mailto:datenschutz@bw.aok.de).

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.

Ich werde ab \_\_\_\_\_ freiwilliges Mitglied der AOK – Die Gesundheitskasse

Persönliche Daten von \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ Ort \_\_\_\_\_  
 RV-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit, Geschlecht \_\_\_\_\_ weiblich männlich  
 unbestimmt  
 Telefon-Nr./E-Mail \_\_\_\_\_  
 Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Geburtsort/Geburtsland \_\_\_\_\_

► Familienstand

ledig verheiratet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG  
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)  
 geschieden seit \_\_\_\_\_ getrennt lebend verwitwet

► Ehegatte/Lebenspartner (eingetragene Lebenspartnerschaft) ist

gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_  
 privat versichert.

► Wenn Ehegatte/Lebenspartner privat krankenversichert ist

jährliche Bruttoeinnahmen \_\_\_\_\_ EUR  
 (einschließlich Sonderzahlungen z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld etc.)  
**Bitte fügen Sie einen aktuellen Nachweis bei.**

► Ich habe eigene Kinder, Adoptiv-, Stief-, oder Pflegekinder ja nein

**Bitte Nachweis beifügen!**

davon gemeinsam unterhaltsberechtig \_\_\_\_\_ davon mitversichert \_\_\_\_\_

Wenn Sie möchten, dass Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei Ihnen mitversichert werden, füllen Sie **bitte** den Familienfragebogen aus.

Vorname Name

RV-Nr.

### Personenkreis

- ▶ Ich bin beschäftigt bei \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_
- ▶ Ich bin selbständig seit \_\_\_\_\_  
(bitte Erklärung zur selbständigen Tätigkeit ausfüllen)
- ▶ Ich bin Hausfrau, Schüler, etc. \_\_\_\_\_

### Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

(bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

- ▶ Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_
- ▶ Anschrift \_\_\_\_\_
- ▶ versichert von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- ▶ Versicherungszeiten in den letzten 5 Jahren  
(nur wenn die letzte Mitgliedschaft für einen  
kürzeren Zeitraum als 12 Monate bestand) \_\_\_\_\_
- ▶ Letzte Versicherung endete am \_\_\_\_\_

### Meine Einnahmen (bitte Anlage: Einkommensfragebogen ausfüllen)

### Allgemeine Angaben

- ▶ Ich bin beihilfeberechtigt ja nein
- ▶ Die freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung möchte ich  
ohne Anspruch auf Leistungen wegen freier Heilfürsorge beruflichem Auslands-  
aufenthalt

**Bitte jeweils Nachweise beifügen!**

Die Beiträge können bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden  
(siehe beigefügte Einzugsermächtigung)

Die Beiträge werden von mir überwiesen

Die Beiträge werden vom Sozialamt gezahlt

Die vorgenannten Angaben habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Die Informationen zur freiwilligen  
Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift freiwilliges Mitglied

### **Auskunftspflicht nach dem V. Sozialgesetzbuch:**

*Bitte teilen Sie uns Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der  
Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden,  
unverzüglich mit.*

**Einkommenserklärung zur Beitragseinstufung**

KV-Nr. \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**1.) Angaben zur Person** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Familienstand</b>   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ledig   | <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft | <input type="checkbox"/> verwitwet                                   | <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <b>Angehörige</b>  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> keine   | <input type="checkbox"/> Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder     | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |  |
| <input type="checkbox"/> Mein(e) Ehepartner(in)/Lebenspartner(in) ist <b>gesetzlich</b> krankenversichert bei _____        |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mein(e) Ehepartner(in)/Lebenspartner(in) ist <b>nicht gesetzlich</b> krankenversichert.           |   |  |  |
| - Einnahmen brutto (bitte fügen Sie Nachweise bei)   |   |  |  |
| - nur ausfüllen, wenn die/der nicht getrennt lebende Ehegatte(in)/Lebenspartner(in) nicht gesetzlich krankenversichert ist |   |  |  |
| monatlich  | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>    | , <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Euro   |
| jährlich   | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>    | , <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Euro   |

**2.) Angaben zur Tätigkeit** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)                            | <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter                           | <input type="checkbox"/> Student(in)              | <input type="checkbox"/> Schüler(in)                               | <input type="checkbox"/> Rentner(in)                               |
| <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller(in)                     | <input type="checkbox"/> Pensionär(in)                             | <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger(in) | <input type="checkbox"/> Sonstige                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige(r) an durchschnittlich _____ | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Stunden je Woche                                  | Anzahl der Beschäftigten   | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter/Tagesvater                      | Anzahl max. gleichzeitig anwesender Kinder pro Woche               |   | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> |  |

**3.) Angaben zum Einkommen** (Zutreffendes bitte ausfüllen und Nachweise beifügen)

| Mein Einkommen beträgt im Jahr 2020 voraussichtlich mehr als 4.687,50 Euro monatlich <input type="checkbox"/> ja   |   |  |
|--|---|--|
| Aktuellster Einkommensteuerbescheid (Jahr) <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ausstellungsdatum <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |   |  |
| Liegt der AOK vor <input type="checkbox"/> Ich bin nicht zur Steuererklärung verpflichtet <input type="checkbox"/> habe ich mitgeschickt <input type="checkbox"/>                                  |   |  |
| Einnahmen  | Nachweise   | jährlicher Betrag in Euro  |
| Einnahmen aus selbst. Tätigkeit (Gewerbebetrieb)   | aktuellster Steuerbescheid                        | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Lohn/Gehalt/Bezüge aus Beschäftigung (Brutto, einschl. Einmalzahlungen und Sonderzuwendungen)  | letzte Entgeltbescheinigung                       | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Geringfügige Beschäftigung (Brutto)  | letzte Entgeltbescheinigung                       | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Gesetzliche Rente  | ---   | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Sonstige Renten (Unfall-/Lebensversicherung)   | letzter Rentenbescheid                            | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Ausländische Rente   | letzter Rentenbescheid oder Kontoauszug           | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension- und Zusatzrente)  | ---   | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden)   | aktuellster Steuerbescheid oder Zinsbescheinigung | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung   | aktuellster Steuerbescheid                        | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Sozialhilfe/Grundsicherung   | letzter Sozialhilfebescheid                       | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Sonstige Einkünfte (Abfindungen, Unterhaltsgeld, BAföG etc.)   | jeweilige, aktuelle Nachweise/Belege              | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Keine eigenen Einnahmen<br>Lebensunterhalt wird sicher gestellt von z. B. Ehegatten, Lebenspartner, Lebensgefährte, Eltern<br>Durch z. B. Ersparnisse, Kost und Wohnung, Barzuwendungen            |   | <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig und richtig sind. Wenn sich mein Einkommen ändert, werde ich Sie sofort benachrichtigen und geeignete Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige, verspätete oder unzutreffende Angaben eventuell zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum (TTMMJJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds bzw. gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer/Email

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V und § 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok-bw.de/datenschutzrechte](http://www.aok-bw.de/datenschutzrechte). Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@bw.aok.de](mailto:datenschutz@bw.aok.de). Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.

AOK Baden-Württemberg  
Hauptverwaltung  
Fachbereich II.2  
Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

Datum

---

**Antrag „Mitglied werden“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ja, ich möchte bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert sein. Deshalb schicke ich Ihnen meinen ausgefüllten und **unterschriebenen** Antrag zurück.

Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse erhalten Sie, sobald ich sie bekommen habe.

Mit freundlichen Grüßen

**Anlage**  
Mitgliedschaftsantrag

Datum

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

geboren am

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats zum . Sollte dies zum genannten Zeitpunkt nicht möglich sein, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte sehen Sie von Kontaktaufnahmen zum Zwecke der Rücknahme der Kündigung möglichst ab. Mein Entschluss, die Kasse zu wechseln, steht fest.

### **Vollmacht**

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die AOK Baden-Württemberg und fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen direkt per Fax, Nummer 0711 2593-530 an die AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Fachbereich II.2, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart zu senden.

Diese Vollmacht umfasst für die AOK Baden-Württemberg sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere die eventuell notwendige Erinnerung an die Zusendung.

Mit freundlichen Grüßen