

Welcome to the AOK

Membership Declaration for Students

For your security: The data are collected and processed to fulfil our duties in accordance with § 284 in conjunction with § 175 SGB V. Your participation is required according to § 60 SGB I and § 206 SGB V. Please note: Without the required data, you cannot become a member of the AOK Baden-Württemberg. Your data may be forwarded to third parties or to service providers who have been commissioned by us within the framework of legal obligations and notification duties. Further information about the processing of your data and your rights can be found at www.aok-bw.de/datenschutzrechte. Upon request, we will gladly provide you with this information in paper form too. If you have any questions, please contact AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart or our data protection officer at datenschutz@bw.aok.de. Provision of your telephone numbers and the e-mail address is voluntary but makes it easier for us to work on queries.

Personal information

Angaben zur Person

- ▶ First name Surname
Vorname Name
- ▶ Street
Straße
- ▶ Postal code City
PLZ Ort
- ▶ Mobile number Landline phone
Handynummer Festnetz
- ▶ e-mail
E-Mail
- ▶ RV No. or date of birth
RV-Nr. oder Geburtsdatum
- Place of birth Birth Name
Geburtsort Geburtsname
- ▶ Nationality Gender Female Male
Staatsangehörigkeit Geschlecht weiblich männlich
- ▶ Co-insured relatives (spouse, partner according to the LPartG, child) Yes No
(If yes, please complete the questionnaire "AOK Family Insurance").
Mitzuversichernde Angehörige (Ehegatte, Lebenspartner/in nach dem LPartG, Kind)
Ja Nein
(wenn ja, bitte den Fragebogen „AOK-Familienversicherung“ ausfüllen).

AOK membership

AOK-Mitgliedschaft

- ▶ The AOK membership begins on
Die AOK-Mitgliedschaft beginnt am
- I was abroad until just before the start of membership.
Ich habe mich bis unmittelbar vor Mitgliedschaftsbeginn im Ausland aufgehalten.
- I was most recently legally covered for health insurance in Germany by
Ich war zuletzt in Deutschland gesetzlich krankenversichert bei
- I have never been insured in Germany with a statutory health insurance.
Ich war noch nie in Deutschland bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

My studies

Mein Studium

- ▶ I am studying/will be studying at
Ich studiere/werde studieren an der Name and address of the study institution
Name und Anschrift der Studieneinrichtung

Please enclose the current enrolment certificate.

Bitte die aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beilegen.

- ▶ Is it a state or state-recognised academic institution? (Please attach a certificate)
Handelt es sich um eine staatlich oder staatlich anerkannte Studieneinrichtung? (Bitte Bescheinigung beifügen)
 Yes No
Ja Nein

, born on

- ▶ Preparatory language course/Study college from _____ to _____
Studienvorbereitender Sprachkurs/Studienkolleg von _____ bis _____
- ▶ Start of studies _____
Studienbeginn _____
- ▶ Degree program/specialisation _____
Studiengang/Fachrichtung _____
- ▶ Day of enrolment _____
Tag der Einschreibung _____
- ▶ First degree _____
Erstudium _____
- Yes – expected end of studies _____
Ja – voraussichtliches Studienende _____
- No Nein

Other information**Sonstige Angaben**

Please provide suitable evidence (certificates, employment contracts, pensions, etc.) for the following Information
Bitte legen Sie geeignete Nachweise (Bescheinigungen, Arbeitsverträge, Rentenbescheide etc.) für die nachstehenden Angaben bei.

- ▶ Did you complete military or civilian service or voluntary military service or volunteer service before starting your studies?
Haben Sie vor dem Studium Wehr- oder Zivildienst bzw. freiwilligen Wehrdienst oder Freiwilligendienste geleistet?
- Yes Ja from _____ to _____ No Nein
von _____ bis _____
- ▶ Are you employed while studying? Yes No
Wird neben dem Studium eine Beschäftigung ausgeübt? Ja Nein
- ▶ Duration and type of employment _____
Dauer und Art der Beschäftigung _____
- ▶ Name and address of the employer _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers _____
- ▶ Earnings, weekly working hours _____
Arbeitsverdienst, wöchentliche Arbeitszeit _____
- ▶ Are you pursuing an independent work activity besides your studies? Yes No
Üben Sie neben dem Studium eine selbstständige Tätigkeit aus? Ja Nein
- ▶ Type and weekly time required for this activity _____
Art und wöchentlicher Zeitaufwand für diese Tätigkeit _____
- ▶ Do you receive a pension, unemployment benefit, pensions or similar? Yes No
Beziehen Sie Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezüge o. Ä.? Ja Nein
- ▶ Duration and type of benefit _____
Dauer und Bezugsart _____
- ▶ Have you already been exempted from compulsory insurance for students? Yes No
Wurden Sie bereits von der Versicherungspflicht der Studenten befreit? Ja Nein

Previous health and long-term care insurance protection**Bisheriger Kranken- und Pflegeversicherungsschutz**

- ▶ Previous health insurance _____
Bisherige Krankenkasse _____
- ▶ Insured from _____ to _____
versichert von _____ bis _____
- ▶ insured as member family member
versichert als Mitglied Familienangehöriger
- ▶ Membership in the previous health insurance ended on _____ for _____
Die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wurde gekündigt am _____ zum _____

, born on

Method of payment with contribution obligation**Zahlungsweise bei Beitragspflicht**

- Payment of the entire semester contribution in advance
Zahlung des gesamten Semesterbeitrags im Voraus
- Monthly billing of the contribution
monatliche Abrechnung des Beitrages

Please complete SEPA direct debit mandate.
Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.

I am becoming an AOK member and request the following:**Ich werde AOK-Mitglied und bitte Folgendes zu veranlassen:**

- I receive BaföG and therefore require proof of insurance for each semester
Ich erhalte BaföG und benötige deshalb für jedes Semester einen Versicherungsnachweis Yes No
Ja Nein
- I am interested in supplementary insurance
Ich habe Interesse an Zusatzversicherungen
- Forwarding of a membership certificate to the body responsible for registration (university, employer, Federal Employment Agency, etc.)
Versand einer Mitgliedschaftsbescheinigung an die zur Anmeldung verpflichtete Stelle (Hochschule, Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit, etc.)

I confirm that the information is correct. I will inform you immediately of any changes in my income situation or my professional activities.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Änderungen in den Einkommensverhältnissen oder der beruflichen Tätigkeiten teile ich umgehend mit.

Date
Datum

Signature: Member
Unterschrift: Mitglied

Signature: Consultant
Unterschrift: Fachberater/in

AOK Customer Centre
AOK-KundenCenter

Contact person
Ansprechpartner/in

Telephone extension
Telefon-Durchwahl