

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/unbekannt) _____

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

Datenschutz: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Telefonnummer 0800 2650800 bzw. per E-Mail Datenschutz-Service@nordost.aok.de.

Angaben zur Versicherung

- Ich absolviere einen studienvorbereitenden Sprachkurs, ein Promotions-/ Meisterschüler-/Graduiertenstudium.
- 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/ohne Arbeitsentgelt, Student einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule.

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 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 _____

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost

Betriebsnummer

SAP-Nr.

SAP-Nr. ext.

MA 1

MA 2

Kundengruppe

Bildbogen ausgehändigt/zugesandt

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)

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

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

Bitte nur im Original
zurückschicken

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an das Finanzamt

- Hiermit ermächtige ich die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse bis auf Widerruf, meine geleisteten und erstatteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge und/oder meine Erstattungen aus Wahlтарifen und/oder Bonusprogrammen im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz) an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu übermitteln. Die Informationen des beigefügten Merkblatts habe ich zur Kenntnis genommen.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

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

- Meine Steuer-Identifikationsnummer ist mir nicht bekannt. Bitte fordern Sie sich diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern an.
- Ich willige nicht in die Datenübermittlung durch die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse ein. Mir ist bekannt, dass meine gezahlten und erstatteten Beiträge damit steuerlich nicht als Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt werden können. Die Informationen des beigefügten Merkblatts habe ich zur Kenntnis genommen.

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. Die Daten werden erhoben, damit wir Ihre gezahlten und erstatten Beträge an die Finanzverwaltung übermitteln können. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Hinweis für Minderjährige: Für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, muss ein gesetzlicher Vertreter die Einwilligung in die Datenübermittlung erteilen.

Telefonnummer

Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten
(bei unter 18-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

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

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

**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.

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.

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige)	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
Straße und Hausnummer (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)	
Postleitzahl und Ort (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)	
IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen !
BIC* (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen)	Kreditinstitut


* Die Angabe des BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.


Hinweis zum Datenschutz: Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat sowie die dafür benötigten Angaben sind freiwillig. Die Daten werden nur für den Zahlungsverkehr verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Angabe der Telefonnummer für eventuelle Rückfragen ist freiwillig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

* _____
Datum

* _____
Unterschrift **Zahlungspflichtiger**,
ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder
Bevollmächtigter

* _____
Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**

 _____
Telefon (Angabe freiwillig)

 _____
Telefon (Angabe freiwillig)

AOK Nordost
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 Nordost – Die Gesundheitskasse.

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

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen