



AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
40466 Düsseldorf

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname Name	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnummer	Geburtsname	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ, Wohnort	Familienstand	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
tätig/beschäftigt als	E-Mail*	Telefonnummer*

Ich möchte ab freiwilliges Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg werden

Ich war in den letzten 18 Monaten **selbst** Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse:

- nein ja, die Kündigungsbestätigung liegt bei.

In den letzten fünf Jahren war ich wie folgt versichert (benutzen Sie bitte bei Bedarf die Rückseite):

von	bis	Mitglied	familierversichert	Krankenkasse (Name und Anschrift)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Ich wünsche die beitragsfreie Mitversicherung meiner Familienangehörigen (bitte füllen Sie den Fragebogen aus).
 Ich wünsche den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit.

Angaben zu den monatlichen Bruttogesamteinnahmen (bitte fügen Sie die Unterlagen bei):

Arbeitentgelt (Gehalt, Lohn, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld etc.)	<input type="text"/>	EUR
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="text"/>	EUR
<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Betriebsrente/Ruhegeld	<input type="text"/>	EUR
Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung	<input type="text"/>	EUR
Zinseinnahmen	<input type="text"/>	EUR
<input type="checkbox"/> Gründungszuschuss <input type="checkbox"/> Grundsicherungsleistungen <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="text"/>	EUR
Sonstige Einnahmen	<input type="text"/>	EUR

Ich habe keine eigenen Einnahmen

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch
(z. B. Eltern, sonstige Personen)

Vorname Name

nur freie Verpflegung und Unterkunft

EUR

Unterschrift der/des Unterstützenden

Ich habe eigene Kinder, Adoptiv-, Stief-, oder Pflegekinder (bitte fügen Sie einen Nachweis bei) ja nein

Mein Ehegatte/Lebenspartner (im Sinne des Partnerschaftsgesetzes) ist gesetzlich krankenversichert.

ja nein (bei nein bitte Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners angeben und
entsprechende Unterlagen beifügen)

EUR

Bitte buchen Sie den monatlichen Beitrag bis auf Widerruf ab (siehe beiliegendes SEPA-Mandat).

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 9 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. 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/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/ Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Datum

Unterschrift

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

AOK Rheinland/Hamburg
 Die Gesundheitskasse
 40466 Düsseldorf

Die Angaben sind erforderlich ab **01.01.2015**
 bei Erstkunden ab Versicherungsbeginn

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____
 Telefon* _____ Mobil-Telefon* _____
 E-Mail* _____

*Diese Angaben sind freiwillig

Familienstand

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG
 seit: _____ seit: _____ seit: _____ seit: _____ seit: _____

Ich war bisher für den Zeitraum vom _____ bis _____

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei
 nicht gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert
 Mein Ehegatte ist selbst versichert nein ja, bei _____

Name und Sitz der Krankenkasse

Angaben sind nur erforderlich bei Aufnahme in die Familienversicherung

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Versicherung und zum Einkommen der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Zeitangaben Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die ab dem 01.01.2015 bereits beendet worden sind. Bei Aufnahme in die Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn. <input type="checkbox"/> Name der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung (2), nicht gesetzlich versichert (3)	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung	vom bis bei (Krankenkasse) Art der Versicherung
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)
Der Ehegatte ist weiterhin selbst versichert bei: (Name der Krankenkasse, -versicherung)		_____	_____	_____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul-/Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Schule/Hochschule/Fachhochschule				
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Bitte geben Sie nachfolgend auch die Tätigkeiten an, die ab dem 01.01.2015 bereits beendet worden sind. Bei Aufnahme der Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn. Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.				
Selbstständige Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit <input type="checkbox"/> Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Bitte geben Sie nachfolgend auch die Beschäftigungen an, die ab dem 01.01.2015 bereits beendet wurden. Bei Aufnahme der Familienversicherung bitte Angaben ab Versicherungsbeginn.				
Geringfügige Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung <input type="checkbox"/> Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Mehr als geringfügige Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Zeitraum der Beschäftigung <input type="checkbox"/> Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Bezug von Arbeitslosengeld II	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Art der Einkünfte				
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR	vom bis EUR
Art der Einkünfte				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Die beiliegenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Versichertennummer:

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

(unser Schreiben vom 09.07.2018)

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung oder Beendigung der Familienversicherung 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/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Rückantwort zur Ermittlung einer Rentenversicherungsnummer

Rentenversicherungsnummer (zwingend notwendig zur Ermittlung der Krankenversicherungsnummer)

In diesem Feld bitte **nur** die **Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer)** eintragen, sofern eine Rentenversicherung vorhanden ist (bitte hier keine anderen Versicherungsnummern eintragen, z. B. keine Postrentennummer oder keine RV-Nummer einer anderen Person, z. B. des Vaters). Bitte beachten Sie, dass die Angabe der **RV-Nummer auch für Kinder erforderlich** ist.

Falls für Ihre Familienangehörigen keine RV-Nummer vorhanden ist, werden wir diese für Sie beantragen. Um eine RV-Nummer beantragen zu können, benötigen wir unbedingt die Angabe zum **Geburtsnachnamen, Geburtsort und zur Staatsangehörigkeit**.

Geburtsnachname

Bitte tragen Sie in diesem Feld **nur** Ihren **Geburtsnachnamen** ein (bitte keine Vornamen oder andere Zusätze, wie z. B. „geborene“ angeben). Geben Sie Ihren Geburtsnachnamen auch dann an, wenn sich durch eine Heirat Ihr Nachname nicht geändert hat.

Vorsatzwort/Namenszusatz

Beim Vorsatzwort handelt es sich um einen Vorsatz zum Nachnamen, z. B. **von** Mustermann, beim Namenszusatz handelt es sich um einem Zusatz zu Ihrer Namensangabe, z. B. **Gräfin**.

Geburtsort/Staatsangehörigkeit

Hier bitte **nur** den **Geburtsort** (Ortsname) angeben (keine Postleitzahlen und keine Ländernamen).

Sollten Sie über eine doppelte Staatsbürgerschaft verfügen, nennen Sie uns bitte **nur eine Staatsangehörigkeit**

Name:	Geburtsnachname	
Vorname:	Ggf. Vorsatzwort (z. B. von, van)	Ggf. Namenszusatz (z. B. Baron)
geboren am:	Geburtsort	
Rentenversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Staatsangehörigkeit	

Name:	Geburtsnachname	
Vorname:	Ggf. Vorsatzwort (z. B. von, van)	Ggf. Namenszusatz (z. B. Baron)
geboren am:	Geburtsort	
Rentenversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Staatsangehörigkeit	

Name:	Geburtsnachname	
Vorname:	Ggf. Vorsatzwort (z. B. von, van)	Ggf. Namenszusatz (z. B. Baron)
geboren am:	Geburtsort	
Rentenversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Staatsangehörigkeit	

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Daten basieren auf mir/uns vorliegenden amtlichen Unterlagen (z. B. Personalausweis, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde).

Datum/Unterschrift des Mitgliedes oder gesetzlichen Vertreters

Ggf. Unterschrift der weiteren Versicherten, sofern Sie das 15. Lebensjahr vollendet haben

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 290 SGB V zum Zwecke der Ermittlung der Renten- und Krankenversicherungsnummer erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I bzw. § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, z. B. keine Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte. 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/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
40466 Düsseldorf

Mitglied:

Name:				Vorname:			
PLZ:				Wohnort:			
Straße, Hausnummer:							
Geburtsdatum:			Versichertennummer:				
Telefon (mit Vorwahl)*:			Handy*:				
E-Mail-Adresse*:							

Ich wähle im Rahmen meiner Krankenversicherung den Krankengeldanspruch für die Zeit ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit bzw. der stationären Behandlung.

Die Versicherung mit Krankengeld beginnt grundsätzlich mit dem nächsten Monatsersten nach Eingang dieser Erklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg; bei Zugang an einem Monatsersten beginnt sie mit diesem Tag. Sie beginnt bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen allerdings rückwirkend zum Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Aufnahme der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, wenn die Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Aufnahme der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit zugeht.

Abweichend zu obiger Regelung erkläre ich, dass die Versicherung mit Krankengeld zu einem späteren Zeitpunkt beginnen soll, und zwar am .

Für die Berechnung der Beiträge zur Krankenversicherung gilt ab Beginn der Versicherung mit Krankengeldanspruch der allgemeine Beitragssatz. An die Wahl des Krankengeldanspruches bin ich drei Jahre gebunden.

Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nur, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt lückenlos bescheinigt wird. Außerdem muss während der Arbeitsunfähigkeit das Arbeitseinkommen entfallen.

Die Höhe des Krankengeldes beträgt 70 Prozent des Arbeitseinkommens das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung maßgebend war, jedoch höchstens bis zur gesetzlich festgelegten Obergrenze. Einnahmen, die nicht Arbeitseinkommen sind (z. B. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkünfte, Renten), werden bei der Ermittlung des Krankengeldes nicht berücksichtigt.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Voraussetzungen zu meinen Krankengeldansprüchen umfassend informiert wurde.

Mir ist bekannt, dass der Anspruch auf Krankengeld durch den Bezug von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen ganz oder teilweise ruhen kann. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Mir ist ferner bekannt, dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Eine Kopie der Wahlerklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift des Mitgliedes
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 44 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann der Tarif nicht durchgeführt werden. 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/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Einwilligungserklärung

Ab dem 01.01.2010 werden Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung seitens der Finanzbehörden steuerlich stärker berücksichtigt, um eine Entlastung für die Bürger zu bewirken. Die Beiträge werden als Vorsorgeaufwendungen von dem zu versteuernden Einkommen abgezogen. Damit „beteiligt“ sich das Finanzamt zu einem nicht unerheblichen Teil an den vom Versicherten gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Voraussetzung hierfür ist, dass die AOK Rheinland/Hamburg die steuerlich relevanten Beträge unter Verwendung der Steuer-Identifikationsnummer der zentralen Zulagestelle für Altersvermögen (ZfA) meldet.

Die Datenübermittlung an die ZfA setzt gemäß § 10 Abs. 2a EStG die **schriftliche** Einwilligung des Versicherten voraus. Ohne diese Einwilligung dürfen die gezahlten und erstatteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von der AOK Rheinland/Hamburg nicht an die ZfA übermittelt werden. Entsprechendes gilt für Beträge im Rahmen von Selbstbehaltwahltarifen oder Bonusprogrammen. Eine Berücksichtigung dieser Beträge im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung ist für den Versicherten seitens der Finanzbehörden ohne Datenübermittlung durch die AOK Rheinland/Hamburg ausgeschlossen (§ 10 Abs. 2 Satz 3 EStG).

Die Einwilligung in die Datenübermittlung gilt bis auf Widerruf. Sie kann jederzeit schriftlich mit Wirkung ab dem nächsten Beitragsjahr widerrufen werden. Die nachträgliche Einwilligung ist möglich, allerdings nur bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres nach Ablauf des Beitragsjahres.

Wird in die Datenübermittlung eingewilligt und haben Sie der AOK Rheinland/Hamburg die Steuer-Identifikationsnummer nicht bekannt gegeben, können Ihre Vorsorgeaufwendungen nicht an die ZfA übermittelt werden. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine erneute Abfrage der Steuer-Identifikationsnummer nicht erfolgt.

Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Steuer-Identifikationsnummer (bitte angeben)	Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich willige in die Datenübermittlung durch die AOK Rheinland/Hamburg an die ZfA ein.

<input type="text"/>	X
Datum	Unterschrift des Mitgliedes bzw. des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Erfüllung der Mitwirkungspflicht nach dem EStG gegenüber der Finanzverwaltung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der steuerrechtlichen Berücksichtigung 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/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Füllt die AOK aus:

Merkmal „ID-Art“ PKST erfasst

SEPA-Lastschriftmandat

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
40466 Düsseldorf

DE05ZZZ00000018503

Gläubiger-Identifikationsnummer

Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur als unterschriebenes Original gültig.

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Mandat für einmalige Zahlung

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die bei Fälligkeit zu entrichtenden von

Name

Versichertennummer

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ich ermächtige die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse auf mein 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 meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat ist gültig ab _____

IBAN

BIC

Bezeichnung des kontoführenden Geldinstituts

Vorname, Nachname/Firma (Kontoinhaber, falls abweichend)

Anschrift (Kontoinhaber, falls abweichend)

Datum

Unterschrift/Firmenstempel

Bitte informieren Sie uns, wenn sich die obigen Angaben ändern sollten.

Datenschutzhinweis

Die Erteilung eines SEPA-Mandates ist freiwillig. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Rheinland/Hamburg nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zum Zwecke der Erfüllung Ihrer Zahlungspflicht nach § 250 SGB V erhoben und verarbeitet.