

Erklärung zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung

AOK Rheinland/Hamburg

Volker Rücken
Kasernenstraße 61

40213 Düsseldorf

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse



Internet
www.aok.de/rh

E-Mail
aok@rh.aok.de

Vorname Name	Versichertennummer	Rentenversicherungsnummer
Straße Hausnummer	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Geburtsort	Geburtsname
E-Mail*	Telefon*	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geschlecht

Ich möchte ab _____ Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg werden.

Ich war in den letzten 18 Monaten wie folgt versichert:

von	bis	Krankenkasse (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> ohne gesetzliche Versicherung
<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> ohne gesetzliche Versicherung

- Ich wünsche die beitragsfreie Mitversicherung meiner Familienangehörigen (bitte Fragebogen ausfüllen).
- Ich habe für mich oder einen Familienangehörigen einen Wahltarif/eine Zusatzversicherung abgeschlossen.
Beginn Wahltarif: _____ Krankenkasse: _____
- Ich habe eigene Kinder, Adoptiv-, Stief-, oder Pflegekinder (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)

Meine Studiendaten

Hoch-/Fachhochschule: _____ Studienort: _____
Fachrichtung: _____ Matrikelnr.: _____
Studienbeginn: _____ Tag der Immatrikulation: _____
Regelstudienzeit _____ voraussichtliches Studienende: _____
Zurzeit studiere ich im _____ Fachsemester _____

Meine Anschrift am Studienort: _____

- Ich zahle die Beiträge für das Semester im Voraus.
- Bitte buchen Sie den monatlichen Beitrag bis auf Widerruf ab (siehe beiliegendes SEPA-Mandat).
Hinweis: Die Beiträge sind grundsätzlich vor Semesterbeginn im Voraus für das Semester zu entrichten.
Bei Erteilung eines Lastschriftmandats werden die Beiträge monatlich am 15. für den Vormonat fällig.

Bitte wenden

Weitere Angaben:

Ich habe meine Abitur-/Fachabiturprüfung abgelegt am _____

Erstmalig habe ich ein Studium aufgenommen am _____ mit Fachrichtung _____

Handelt es sich um ein Promotionsstudium? nein ja

Sind Sie zur wissenschaftlichen Weiterbildung eingeschrieben? nein ja

Um welche Studienart handelt es sich? Bachelor Master

Ich habe im Krankheitsfalle Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen oder anderen Vorschriften. nein ja, bis zum _____

Ich habe Anspruch auf Leistungen nach über-/zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht (Anspruchsschein des Krankenversicherungsträgers des Herkunftslandes liegt bei.) nein ja, bis zum _____

Ich wurde in der Vergangenheit durch eine Krankenkasse von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung der Studenten befreit. nein ja, am _____ durch _____

Ich übe neben dem Studium eine selbstständige Tätigkeit aus. nein ja, bis zum _____

Art: _____

wöchentliche Arbeitszeit: _____

monatliches Einkommen: _____

Ich übe neben dem Studium eine Beschäftigung aus. nein ja, bis zum _____

Arbeitgeber: _____

wöchentliche Arbeitszeit: _____

überwiegend am Wochenende, nachts oder in den Abendstunden nein ja

monatliches Arbeitsentgelt _____

befristet bis _____

Ich beziehe eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. nein ja

Rentenversicherungsträger _____

Beginn und ggf. Ende _____

monatliche Höhe _____

Ich beziehe Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrenten) nein ja

Zahlstelle _____

Beginn und ggf. Ende _____

monatliche Höhe _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung spätestens bis zum Ende des 14. Fachsemesters und nicht über die Vollendung des 30. Lebensjahres hinaus fortbestehen kann und dass eine Verlängerung nur in Ausnahmefällen möglich ist. Über einen Wechsel des Studienfaches und andere Änderungen, insbesondere bezogen auf mein Einkommen, werde ich die AOK Rheinland/Hamburg unverzüglich informieren.

Datum

Unterschrift

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.

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

DE05ZZZ00000018503

Gläubiger-Identifikationsnummer

**Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur als
unterschiedenes Original gültig.**

- Mandat für wiederkehrende Zahlungen
 Mandat für einmalige Zahlung

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die bei Fälligkeit zu zahlenden Beiträge von

Name

Versichertennummer

Vorname

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.

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

Kasernenstraße 61

40213 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 seit: _____
 getrennt lebend seit: _____
 geschieden seit: _____
 verwitwet seit: _____
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG 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: <ul style="list-style-type: none"> o 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. <ul style="list-style-type: none"> o Name der Krankenkasse o 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: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit o 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: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung o Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) Mehr als geringfügige Beschäftigung: <ul style="list-style-type: none"> o Zeitraum der Beschäftigung o 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

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

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Die beiliegenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

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.