

# Anmeldung zur freiwilligen Versicherung/ Obligatorische Anschlussversicherung



## 1. Angaben zur Person

|   |                                     |                                       |               |   |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------|---|
| Name, Vorname<br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> divers | Rentenversicherungsnr./Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit                   | Familienstand | Kinder<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Steuer-Identifikationsnummer (des Versicherten)   |                                     | Geburtsname*/Geburtsort*/Geburtsland* |               |   |
| Straße/Haus-Nr.   |                                     | Postleitzahl/Wohnort                  | Telefon**     | E-Mail**  |

\* Diese Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde! \*\* freiwillige Angabe

|  |             |                 |
|--|-------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin beschäftigt bei:                |             |                 |
| <input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig seit:             | Gewerbeart: | Betriebsnummer: |
| <input type="checkbox"/> Ich bin z. B. Hausfrau/Rentner/Schüler: |             |                 |

## 2. Angaben zur letzten Versicherung

|  |     |   |
|--|-----|---|
| vom  | bis | Krankenkasse:                           |
| <input type="checkbox"/> Familienversicherung endete am: |     | Grund (z. B. Ende der Schulausbildung): |

## 3. Angaben zu Familienangehörigen

keine Angehörigen

|                                   |   |  |   |
|-----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> Privatversichert bei | <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei | <input type="checkbox"/> Familienversichert bei |
| <input type="checkbox"/> Kinder   | <input type="checkbox"/> Privatversichert bei | <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei | <input type="checkbox"/> Familienversichert bei |

## 4. Einkommen: monatlich jährlich (bitte vorhandene Nachweise beifügen)

| Einkommen aus | Selbstständiger Tätigkeit | Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg. | Miete, Pacht Zinsen | Rente, Pension | Sonst. Einkommen |
|---------------|---------------------------|--|---------------------|----------------|------------------|
| Selbst EUR    |                           |  |                     |                |                  |
| Ehegatte EUR  |                           |  |                     |                |                  |

Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften ein Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge?  ja  nein

## 5. Beitragszahlung

Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass die Beiträge pünktlich auf unserem Konto eingehen. Sofern Sie uns beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt zurücksenden, ziehen wir die Beiträge monatlich ein.

Die Beiträge überweist mein Arbeitgeber

## 6. Hinweis zum Bürgerentlastungsgesetz

Die steuerliche Abzugsfähigkeit der gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung wurde ab dem Veranlagungsjahr 2010 verbessert. Damit Ihnen keine Nachteile entstehen (ggf. wird eine nichtelektronische Bescheinigung von den Finanzbehörden nicht anerkannt), übernehmen wir für Sie, entsprechend unserem gesetzlichen Auftrag, die Meldung an die Finanzverwaltung. Liegt uns Ihre Steueridentifikationsnummer nicht vor, fordern wir diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern an. Gerne können Sie uns Ihre Steuer-Identifikationsnummer auch persönlich mitteilen.

**Datenschutzhinweis/Zweckbestimmung:** Die o. g. Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB V i. V. m. § 175 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI zum Zwecke der Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft sowie zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als freiwillige Felder eingerichtet (\*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Bayern oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung (siehe Einwilligung im Anschluss an diesen Datenschutzhinweis). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter [www.aok.de/bayern/widerruf](http://www.aok.de/bayern/widerruf) wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de).

### Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten bis auf Widerruf verarbeitet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Jede Änderung werde ich umgehend mitteilen und entsprechende Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) beilegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen können. Die dem Antrag beigefügten Hinweise über die Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

Wird von AOK ausgefüllt

|       |   |                      |     |
|-------|---|----------------------|-----|
| Datum | Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters | Versicherungsbeginn: | EUR |
|       |   | Monatlicher Beitrag: |     |

## Hinweise zur Anmeldung Freiwillig versichern können sich

- Personen, die als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind und in den letzten fünf Jahren vordem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren.
- Ehegatten, Lebenspartner und Kinder eines Versicherten bei Wegfall der Familienversicherung, wenn sie oder der Elternteil die oben genannte Vorversicherungszeit erfüllen.
- Neugeborene ab Geburt, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung besteht und der gesetzlich versicherte Elternteil die oben genannte Vorversicherungszeit erfüllt.
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und versicherungsfrei sind.

Die Anmeldung zur freiwilligen Mitgliedschaft muss binnen drei Monaten nach Ende der letzten Versicherung erfolgen.

### Der Versicherungsschutz beginnt

- grundsätzlich mit dem Tage des Beitritts.
- bei Personen, die bisher versicherungspflichtig waren, mit dem Tage nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht.
- bei Ehegatten und Kindern mit dem Tage nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung.

### Beitrag

Der Beitrag bemisst sich nach dem Einkommen, sofern nicht gesetzliche Mindestbeträge gelten. Für mitversicherte Familienangehörige wird kein Mehrbetrag erhoben.

### Zahltag/Fälligkeitstag

Die Beiträge sind bis zum 15. des Monats für den Vormonat zu zahlen, also rückwirkende Beitragszahlung.

### Nichtzahlung der Beiträge

Für Beiträge, die nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt sind, sind monatlich Säumniszuschläge in Höhe von 1 v. H. des rückständigen, auf 50 EUR nach unten abgerundeten Beitrages zu erheben. Zudem werden ggf. Mahngebühren berechnet.

Zudem **enden die Leistungsansprüche**, wenn Beitragsanteile für 2 Monate nicht gezahlt wurden.

Unter den Voraussetzungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) ist die Übernahme der Beiträge durch den Sozialhilfeträger möglich.

### Leistungen

Unser Leistungsangebot ist umfassend und schöpft alle gesetzlichen Möglichkeiten voll aus, und das vom ersten Tage an.

Gerne informieren wir Sie hierüber, aber auch über Zusatzversicherungen, ausführlich.

### Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld besteht für freiwillig versicherte Arbeitnehmer (Übergrenzer).

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ist der Anspruch auf Krankengeld grundsätzlich ausgeschlossen es sei denn, das Mitglied erklärt, dass die Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Sprechen Sie hierzu mit Ihrem AOK-Berater.

### Pflegeversicherung

Nach dem Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“, wird mit der freiwilligen Krankenversicherung auch eine Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung begründet. Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung ist bundeseinheitlich geregelt.

Kinderlose Mitglieder zahlen ab Vollendung des 23. Lebensjahres einen monatlichen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten. Ausgenommen sind Personen, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden.

Eine Befreiung von diesem Zuschlag ist möglich, wenn die Eltern-eigenschaft durch das Mitglied gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen wird.

### Die freiwillige Mitgliedschaft endet

- bei Eintritt einer Pflichtversicherung,
- wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird (Abmeldebescheinigung erforderlich; ggf. besteht eine Weiterversicherungsmöglichkeit)
- mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem gekündigt wurde. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Bindungsfrist von 12 Monaten erfüllt ist. Dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse begründet werden soll.

### Hinweise zur Sozialversicherung für Selbstständige:

Anders als Beschäftigte sind Selbstständige im Regelfall nicht automatisch in anderen Sozialversicherungszweigen versichert; ggf. bestehen jedoch (Weiter-)Versicherungsmöglichkeiten.

Sprechen Sie hierzu in jedem Fall mit den Beratern der zuständigen Auskunfts- und Beratungsstellen.

### Rentenversicherung

Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung Beratungsstellen im Internet unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

### Unfallversicherung

Die für Sie zuständige Berufsgenossenschaft erfahren Sie beim Spitzenverband

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Glinkastr. 40  
10117 Berlin  
Telefon: (0 30) 13001-0  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

### Arbeitslosenversicherung

Bei Fragen zur freiwilligen Weiterversicherung setzen Sie sich bitte rechtzeitig mit Ihrer Agentur für Arbeit vor Ort in Verbindung.  
Internet: [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de)

Zurück an

AOK Bayern  
Die Gesundheitskasse  
92400 Amberg

**Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Bayern: DE49AOK00000018487**  
**Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt**

Ihre Versichertennummer:

**SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich die AOK Bayern, ab \_\_\_\_\_ die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Bayern auf mein Konto gezogene(n) 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|   |
|---|
| <b>Name und Vorname:</b>  |
| <b>Straße und Hausnummer:</b>   |
| <b>Postleitzahl und Ort:</b>  |
| <b>ggf. abweichender Kontoinhaber (Name, Vorname und Anschrift):</b>                          |
| <b>Name Kreditinstitut:</b>   |
| <b>IBAN:</b>  |
| <b>Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers</b><br>(ggf. des abweichenden Kontoinhabers) |

**Datenschutzhinweis:** 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 i. V. m. § 23 SGB IV zum Zwecke der rechtzeitigen Beitragszahlung verarbeitet. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund Ihrer oben erteilten Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter [www.aok.de/bayern/widerruf](http://www.aok.de/bayern/widerruf) wahrnehmen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.