AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Versicherungen

14456 Potsdam

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Klärung Ihres Versicherungsschutzes ab __.__.____, **bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**
Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben ergänzen:

Wie bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt seit __.__.____**, bzw. welcher Tätigkeit gehen Sie nach?**
Wie bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in der Zeit vom __.__.____ **bis** __.__.____**, bzw. welcher Tätigkeit gingen Sie nach?**

☐ Beschäftigung ☐ geringfügige Beschäftigung ☐ Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II

Name Arbeitgeber/Leistungsträger: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

☐ Bundesfreiwilligendienst/freiwilligen Wehrdienst ☐ Student/Schüler des 2. Bildungswegs
☐ selbstständige Tätigkeit ☐ Rente
☐ Sonstiges (z.B. Sozialhilfe)_____

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei (z.B. Arbeitsvertrag, Bewilligungsbescheid oder Schulbescheinigung).

☐ Ich habe keinen Krankenversicherungsschutz seit __.__.____

Verfügen Sie über eine Absicherung bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse? (Bitte fügen Sie Nachweise bei, gegebenenfalls auch für bisher bei Ihnen mitversicherte Familienangehörige.)

☐ Ja, seit als _____ bei _____.
Art der Versicherung Name der Krankenkasse

Verfügen Sie über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall?

☐ Ja, seit __.__.____, _____.
Art der Absicherung (z. B. private Krankenversicherung, Bezug von Sozialhilfe oder Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII, Asylbewerberleistungen)

Die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse soll meine Kranken- und Pflegeversicherung ab dem __.__.____ durchführen.

☐ Hiermit erkläre ich, dass meine Mitgliedschaft zukünftig auch nach einer Unterbrechung von bis zu 12 Monaten fortgeführt werden soll, sofern für mich in der Zwischenzeit keine eigenständige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer anderen Krankenkasse bestand.

_____
Datum, Unterschrift

☐ Ich war vom __.__.____, bis zum Beginn dieser anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nicht erwerbstätig.

☐ Für den Fall, dass eine obligatorische - Anschlussversicherung bei der AOK Nordost zu begründen ist, erkläre ich hiermit meinen Austritt. Die Informationen auf der Internetseite www.aok.de/nordost/oav habe ich zur Kenntnis genommen.

Hinweis: Schließt sich an den nachgehenden Leistungsanspruch von maximal einem Monat nicht lückenlos eine Versicherungspflicht, eine Familienversicherung oder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall an, ist eine obligatorische Anschlussversicherung kraft Gesetzes durchzuführen – und zwar nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder Familienversicherung. Die Beendigung der Anschlussversicherung ist nicht durch eine Austrittserklärung, sondern nur durch eine Kündigung unter Beachtung der gesetzlichen Kündigungsfristen möglich.

Datenschutzhinweis Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten auf der Grundlage des § 188 Abs.4 SGB V bzw. § 26 SGB XI zur korrekten Feststellung Ihrer Versicherung. Dabei ist Mitwirken nach § 60 SGB I, § 206 SGB V und §§50 SGB XI erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beurteilung Ihrer Versicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

_____ _____
Telefon (Angabe freiwillig) Datum, Unterschrift