AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.

Ihr Serviceteam Privatkunden

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Ihre Versichertennummer

_____

Ja, ich möchte ab _____ freiwilliges Mitglied der AOK NordWest werden.

Persönliche Angaben

_____
Vor- und Nachname der/des Versicherten

Geburtsdatum	Geburtsname	Rentenversicherungsnummer
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Geburtsland

_____
Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

☐ ledig

☐ verheiratet seit: _____ ☐ geschieden seit: _____

☐ verwitwet seit: _____ ☐ getrennt lebend seit: _____

☐ in gleichgeschlechtlich eingetragener Lebenspartnerschaft seit: _____

Anzahl der Kinder: ____ (Bitte für jedes Kind eine Kopie der Geburtsurkunde einreichen.)

Angaben zur Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in den letzten 12 Monaten

☐ Ich war Mitglied bei ☐ familienversichert bei

_____ Von _____ bis _____
Name der Krankenkasse TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

☐ Ich war Mitglied bei ☐ familienversichert bei

_____ Von _____ bis _____
Name der Krankenkasse TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

FRW YBASE0024

Angaben zur Tätigkeit

☐ Arbeitnehmer/-in ☐ Beamtin / Beamter ☐ Student/-in

☐ Schüler/-in ☐ Soldat/-in ☐ Hausfrau / Hausmann

☐ Sozialhilfeempfänger/-i ☐ Arbeitslos ☐ Pensionär/-in

☐ Rentner/-in ☐ Rentenantragsteller/-in ☐ Sonstiges _____

☐ Selbstständige Tätigkeit ____ Stunden / Woche ____ Anzahl der Beschäftigten

☐ Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung

☐ Ich habe Beihilfeansprüche (Bitte Nachweis beifügen.)

Angaben zum Einkommen

☐ Mein Einkommen beträgt im Jahr **2025** voraussichtlich mehr als **66.150,00 EUR**

Art des Einkommens (Bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

Selbstständige / freiberufliche Tätigkeit	jährl.	_____
Arbeitsentgelt / Dienstbezüge	jährl.	_____
Einmalzahlung	jährl.	_____
Überbrückungsgeld	jährl.	_____
Gründungszuschuss / -beihilfe	mtl.	_____
Geringfügige Beschäftigung	mtl.	_____
Gesetzliche Renten	mtl.	_____
Ausländische Renten	mtl.	_____
Versorgungsbezüge	mtl.	_____
Miet- und Kapitalerträge	mtl.	_____
Sonstige Einkünfte	mtl.	_____

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

☐ Ersparnisse ☐ Eltern oder Freunde

☐ Sonstige Sicherstellung durch: _____

☐ Meine Einnahmen sind geringer als die meiner/s Ehepartners/-in /Lebenspartners/-in.[1]

☐ Mein/e Ehepartner/-in / Lebenspartner/-in[1] ist gesetzlich krankenversichert.

☐ Mein/e Ehepartner/-in / Lebenspartner/-in[1] ist nicht gesetzlich krankenversichert.

Einnahmen: jährl. _____
(nur ausfüllen, wenn Ehe- oder Lebenspartner/-in nicht gesetzlich krankenversichert ist.) mtl. _____

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: ____

Anzahl der nicht gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: ____

[1]Lebenspartner/-in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Angaben zum Krankengeld für Selbstständige

☐ Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit ☐ kein Krankengeld

Bitte die Zusatzerklärung mit ausfüllen.

Hinweis: Das Bruttokrankengeld beträgt bei Arbeitsunfähigkeit 70 % des entfallenden Arbeitseinkommens. Von beitragspflichtigen Einnahmen, die durch das Krankengeld ersetzt werden, sind während der Arbeitsun fähigkeit keine Beiträge zu zahlen.

Sofern ich nicht die Möglichkeit habe, freiwilliges Mitglied der AOK NordWest zu werden, gilt diese Anzeige als Beitrittserklärung zur Versicherung für bislang Nichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Angaben zur Beitragszahlung

☐ Zahlung per Dauerauftrag ☐ Zahlung durch Betrieb (Firmenzahler/-in)

☐ Zahlung per Lastschrift (bitte „SEPA-Lastschriftmandat" ausfüllen und beifügen)

☐ Zahlung durch Sozialamt

Vorstehende Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Wenn sich meine Einnahmen ändern, werde ich Sie sofort benachrichtigen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommen steuerbescheid) vorlegen. Unvollständige, verspätete oder unzutreffende Angaben führen ggf. zu Beitragsnachberechnungen.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses nach § 5 SGB V und § 20 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Versagen der Mitgliedschaft oder höherer Beitragseinstufung 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/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest. Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

✕ _____ ✕ _____ _____

Datum Unterschrift Telefonnummer für Rückfragen

_____ _____

Unterschrift AOK Kundenberater/-in Vor- und Nachname AOK Kundenberater/-in

Interne Angaben, von der AOK auszufüllen:

☐ Neumitglied: eGK bestellen

☐ Information über Kassenwechsel an AG

☐ SV-Ausweis beantragen

☐ 0 Kein Meldeverfahren

☐ 1 Beginn Versicherungspflicht

☐ 2 Beginn Versicherungsberechtigung

☐ 3 Kündigung/Sonderkündigung

☐ 4 Schließung/Insolvenz KK

☐ 5 Errichtung/Ausdehnung BKK