

Wahlerklärung für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

<input type="text"/>	
Versichertennummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name*	Vorname*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	PLZ*, Ort*
<input type="text"/>	
Straße*, Hausnummer*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
Ich bin seit/ab* <input type="text"/> hauptberuflich selbstständig erwerbstätig als* <input type="text"/>	
und beantrage ab <input type="text"/>	

die Mitgliedschaft mit gesetzlichem Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Die Mitgliedschaft mit gesetzlichem Krankengeldanspruch beginnt mit dem auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monat, frühestens ab Beginn der Mitgliedschaft im Rahmen der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit, es sei denn, die versicherte Person bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Sie beginnt ebenfalls ab Beginn der Mitgliedschaft, wenn die Wahlerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Versicherung oder der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit gestellt wird.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen: DE65AOK00000018490. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die AOK Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name Kontoinhaber/Kontoinhaber*		Vorname Kontoinhaber/Kontoinhaber*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Straße	Hausnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
IBAN*		BIC (bei ausländischer Bankverbindung)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum*	Ort*	Unterschrift Kontoinhaber/Kontoinhaber*	

Bitte verwenden Sie diese Bankverbindung auch für die Überweisung eines Erstattungsbetrages. Ich werde die AOK Hessen auf dem neuesten Stand halten und informieren, sobald sich meine Angaben ändern.

