

Ich möchte zum Mitglied der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse werden!

Persönliche Angaben

Name, Geburtsname, Titel

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsort

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Geschlecht (m/w)

Telefonnummer/Handynummer (optional)

E-Mail (optional)

← Geburtsdatum →

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rentenversicherungsnummer

Rentenbezug einschließlich Rente im Ausland

Rentenanspruch gestellt am:

Rentenart und Rententräger

Versorgungsbezug

Art des Versorgungsbezuges und Name der Zahlstelle

Arbeitnehmer Auszubildender

Ich lebe mit dem Betriebsinhaber in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Ich bin mit dem Betriebsinhaber

verheiratet. verwidert.

verwandt:

Art der Verwandtschaft

Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld II

Sonstiges

Arbeitgeber/ Agentur für Arbeit/ Jobcenter

Kundennummer bei der Agentur für Arbeit/ beim Jobcenter

Telefonnummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ich möchte Familienangehörige (Ehegatte/Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) beitragsfrei mitversichern.

Der Familienfragebogen

ist beigefügt. wird nachgereicht. wird mir zugesandt.

Ich habe fremdversicherte Familienangehörige.

Ich kenne weitere Personen, die sich für eine Mitgliedschaft bei der AOK Nordost interessieren könnten.

Angaben zur bisherigen Versicherung

| vom: | bis: | Krankenkasse | Freiwilliges Mitglied | Pflicht-Mitglied | Familienversicherung | privat versichert | nicht versichert |
|------|------|--------------|-----------------------|------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Bitte die letzte Versicherung angeben. Wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, dann bitte die Versicherungsnachweise für die letzten 5 Jahre beifügen.

Meine bisherige Versicherung habe ich gekündigt am: Meine Kündigungsbestätigung füge ich bei. Meine Kündigungsbestätigung reiche ich nach.

Meine Erklärung gilt auch für alle zukünftigen versicherungspflichtigen Tatbestände nach einer Unterbrechung meiner Mitgliedschaft von bis zu 18 Monaten. Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung jederzeit zu widerrufen bzw. von meinem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters

Hinweis: Wir benötigen Ihre persönlichen Sozialdaten zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrags (§§ 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V), § 94 SGB XI). Fehlende, falsche oder unvollständige Angaben können nachteilige Folgen haben (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V).

| | |
|---|--|
| Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost | <input type="checkbox"/> MA 1 <input type="checkbox"/> MA 2 <input type="checkbox"/> Kundengruppe <input type="checkbox"/> Anr. <input type="checkbox"/> k. Anr. |
| Betriebsnummer | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| SAP-Nr. BLN, BRB bzw. MV | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| SAP-Nr. ext. | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| Hinweise | Bildbogen beigefügt <input type="checkbox"/> Bildbogen ausgehändigt/zugesandt <input type="checkbox"/> Bildbogen zusenden <input type="checkbox"/> |
| eGK: | Bild im Bestand der AOK Nordost vorhanden <input type="checkbox"/> Bild angefordert (KW AOK intern) <input type="checkbox"/> |

AOK Nordost
Herrn Axel Schudy
Vertriebs- und Servicesteuerung
14456 Potsdam

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____

**Bitte nur im Original
zurückschicken**

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an das Finanzamt

Damit Ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich berücksichtigt werden können, muss die Höhe der jeweiligen Beträge direkt an das Finanzamt gemeldet werden. Für Arbeitnehmer erfolgt dies durch den Arbeitgeber. Für Personen, die eine gesetzliche Rente beziehen, meldet der Rentenversicherungsträger die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

Für alle Versicherten, die ihre Beiträge selbst an die AOK Nordost zahlen (z. B. freiwillig Versicherte, Studenten, Zeitsoldaten) oder Versicherte, die Erstattungen aus dem AOK-Prämienprogramm oder einem AOK-Wahltarif erhalten, übernimmt die AOK Nordost die Meldung an das Finanzamt über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen. Dafür benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einwilligungserklärung sowie Ihre Steueridentifikationsnummer. Bitte bedenken Sie, dass eine steuerliche Berücksichtigung nur erfolgen kann, wenn die Daten an das Finanzamt gemeldet wurden.

Die Meldung über die gezahlten Beiträge erfolgt jeweils zum 28.02. des Folgejahres. Entsprechendes gilt für Erstattungen im Rahmen von AOK-Wahlтарifen oder des AOK-Prämienprogrammes. Selbstverständlich erhalten Sie einen Nachweis über die gemeldeten Daten.

Die Einwilligung in die Datenübermittlung gilt bis auf Widerruf. Sie kann jedoch jederzeit für die Zukunft schriftlich mit Wirkung ab dem jeweils folgenden Veranlagungsjahr widerrufen werden. Eine nachträgliche Einwilligung ist nur bis zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach Ablauf des Beitragsjahres möglich.

Ich willige in die Datenübermittlung ein.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Datum

Unterschrift Mitglied, ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

Datenschutzhinweis (§§ 67a Abs. 3, 71 Abs. 1 Nr. 4 SGB X, § 288 SGB V): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI i. V. m. § 22a Abs. 2 Satz 1 EStG erforderlich. Ihre Daten werden aufgrund des § 10 EStG erhoben. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

AOK Nordost
Herrn Axel Schudy
Vertriebs- und Servicesteuerung
14456 Potsdam

Rückantwort

**Anlage zum Onlineantrag „Mitglied werden“ vom
hier: unterschriebener Mitgliedsantrag**

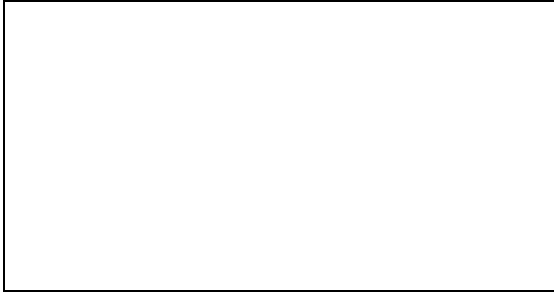
Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie meinen ausgefüllten und **unterschriebenen** Antrag auf Mitgliedschaft bei der AOK.

Falls zutreffend: Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Kasse erhalten Sie umgehend nach Erhalt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:
- Formular "Unterschriebener Mitgliedsantrag"



Kündigung meiner Krankenversicherung

Versicherungs-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte senden Sie mir eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich Sie abzusehen.
Bitte bestätigen Sie die Kündigung umgehend.

Mit freundlichen Grüßen

AOK Nordost
Herrn Axel Schudy
Vertriebs- und Servicesteuerung
14456 Potsdam

Rückantwort

**Anlage zum Onlineantrag „Mitglied werden“ vom
hier: Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse.

Antrag auf meine AOK-Mitgliedschaft liegt Ihnen bereits vor.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:
- Kündigungsbestätigung