

AOK Niedersachsen · 30142 Hannover

**AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen**

Postanschrift

AOK Niedersachsen
30142 Hannover

Servicezentrum in Ihrer Nähe
Niedersachsenstr. 10
49074 Osnabrück

Ansprechpartner

Lucas Draws

Tel.: 0541 348-65216

Fax: 0511 285-3365216

Mail: AOK.Osnabrueck@nds.aok.de

Datum

10.08.2020

Montag, Dienstag, Freitag	09.00-17.00 Uhr
Mittwoch	09.00-13.00 Uhr
Donnerstag	09.00-18.00 Uhr
und nach Vereinbarung	

Zeichen

25001 / KS

Ihre Unterlagen für die Mitgliedschaft bei der AOK Niedersachsen

Sehr geehrte(r) _____,

heute erhalten Sie den gewünschten AOK-Mitgliedschaftsantrag. Wir freuen uns schon heute, Sie bald als neues AOK-Mitglied zu begrüßen.

Schicken Sie uns den Antrag bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück – ganz einfach im Freiumschlag (Anlage). Wir erledigen dann alles Weitere für Sie, damit Sie so schnell wie möglich die umfassenden Leistungen und den guten Service der AOK Niedersachsen nutzen können.

Haben Sie Fragen? Gern beantworten wir diese.

Mit freundlichen Grüßen

Lucas Draws

Mitgliedschaftserklärung Student



Ich möchte Mitglied der AOK Niedersachsen werden ab:

Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

Titel Name

Vorname Geburtsname

weiblich ledig verwitwet
 männlich verheiratet geschieden

Geschlecht Familienstand

Geburtsdatum

Steuer-ID

Staatsangehörigkeit/Nationalität Geburtsort

PLZ Wohnort

Straße, Hausnummer

Adresszusatz **DEUTSCHLAND** Land E-Mail Adresse*

Krankenversicherungsnummer Rentenversicherungsnummer Geschäftspartnernummer
(wird von der AOK ausgefüllt)

Vorwahl* Rufnummer* Mobilfunknummer*

* freiwillige Angaben

Angaben zum Kundenstatus (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

Student Auszubildender ohne Entgelt Praktikant ohne Entgelt oder Schüler bzw. Auszubildender 2. Bildungsweg

Name und Anschrift der Hochschule/Ausbildungsstätte

Staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule Studiengang/Fachrichtung

Tag der Einschreibung Semesterbeginn Aktuelles Fachsemester Voraussichtliches Studienende

Erststudium Ja Nein Erstmaliger Studienbeginn

Wichtiger Hinweis: Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Name und Anschrift der bisherigen Bildungseinrichtung

Erwerb der Hochschulreife auf dem Zweiten Bildungsweg Verlängerungsgründe liegen vor (z.B. Wehr-/Zivildienst, freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst)
 BAföG Bezug bzw. BAföG beantragt Befreiung von der Krankenversicherungspflicht der Studenten wurde in der Vergangenheit durchgeführt
 Ausüben einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit Bei ausländischen Studenten: Es besteht Anspruch auf Leistungen nach dem über-/zwischenstaatlichen KV-Recht

Art der Beschäftigung von / bis Höhe der monatlichen Einnahmen Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

Name und Anschrift des bisherigen Arbeitgebers

Ich habe Kinder gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz (bspw. leibliche Kinder oder Adoptivkinder)
(Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

Ja Nein

Die Beiträge sollen im Lastschriftverfahren eingezogen werden. (SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt bzw. wird nachgereicht)

Ich zahle den gesamten Semesterbeitrag im Voraus

Ergänzende Angaben (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

Rentenbezüge aus der gesetzlichen Rentenversicherung Ja Nein

Bezug ausländische Rente Ja Nein

Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/ Pension), auch aus dem Ausland Ja Nein

Anspruch auf Beihilfe Ja Nein

IK-Nr. letzte Krankenkasse
(wird von der AOK ausgefüllt)

Name der letzten Krankenkasse

Angaben zum bisherigen Versicherungsverlauf (Bitte entsprechende Nachweise, sofern erforderlich, beifügen)

AOK Niedersachsen versichert Fremdkasse

_____ eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
von _____ bis _____ familienversichert

_____ eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
Betriebsnr. letzte Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt) familienversichert
IK-Nr. letzte Krankenkasse (wenn familienversichert) (wird von der AOK ausgefüllt) _____
Name der letzten Krankenkasse

Haben Sie während der Versicherungslücke eine Erwerbstätigkeit (z.B. selbstständige Tätigkeit, Mini-Job) ausgeübt? Ja Nein

_____ eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
von _____ bis _____ familienversichert

_____ eigene Mitgliedschaft keine gesetzliche Versicherung
Betriebsnr. letzte Krankenkasse (wird von der AOK ausgefüllt) familienversichert
IK-Nr. letzte Krankenkasse (wenn familienversichert) (wird von der AOK ausgefüllt) _____
Name der letzten Krankenkasse

Kündigungsbestätigung ist beigelegt wird nachgereicht nicht notwendig

Familienversicherung

Sind Familienangehörige vorhanden? Ja Nein

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? Ja Nein

Familienfragebogen ist beigelegt wird nachgereicht bitte zusenden

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mein Passfoto für die eGK füge ich mit dem Bildbogen bei reiche ich mit dem Bildbogen nach

bitte senden Sie mir einen Bildbogen zu Bild liegt der AOK bereits vor

Einwilligung zur Datenübermittlung - steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen

- Ich bin über die erweiterte steuerliche Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge informiert worden und stimme der Übermittlung der Höhe meiner Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung zu. Die Einwilligung in die Datenübermittlung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Die nachträgliche Einwilligung ist möglich, allerdings nur bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres nach Ablauf des Beitragsjahres.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. 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/nds/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Niedersachsen, Niedersachsenstr. 10, 49074 Osnabrück oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Einwilligung zur Datennutzung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, 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 durchzuführen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst auch den telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und ich kann sie jederzeit widerrufen. Es gelten die in den allgemeinen Informationen „Hinweise zur Datenverarbeitung durch die AOK Niedersachsen“ genannten Betroffenenrechte.

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kunden

(bei Minderjährigen - Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Mitarbeiter ID extern (BP-Nummer)

Typ

Unterschriftsdatum

Unterschrift des Kundenberaters / Ansprechpartners im Betrieb

Lucas Draws

Mitarbeiter ID intern (BP-Nummer)

Typ

Druckvorschau

Eingangsstempel



SEPA-Lastschriftmandat für die Mitgliedschaft von

Rentenvers.-Nr.
Name
Vorname
Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Wohnort

**Gläubigeridentifikationsnummer der
AOK Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover**

DE87AOK00000018482

Das Mandat gilt grundsätzlich für wiederkehrende Zahlungen –
außer wenn Sie das folgende Feld ankreuzen:

Mandat für einmalige Zahlungen

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

Über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag werde ich vorab informiert. Ich bin einverstanden, dass die Frist für diese Mitteilung einen Tag beträgt. Eine erneute Vorabankündigung erfolgt nur bei Änderung des Betrages.

IBAN	
BIC	
Bank/Sparkasse	
Abweichender Kontoinhaber	Geburtsdatum abw. Kontoinhaber
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Datum	
 Unterschrift des Kontoinhabers	

Steuer-Identifikationsnummer

Die AOK Niedersachsen meldet die von Ihnen getragenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erstattete Beiträge, Prämien und Bonuszahlungen an das zuständige Finanzamt (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung). Das Finanzamt berücksichtigt Ihre Beiträge nur, wenn es eine elektronische Meldung von der Krankenkasse erhält. Nähere Informationen finden Sie auf der Rückseite.

Steuer-Identifikationsnummer _____

Datenschutzhinweis: Die Daten werden nach § 284 SGB V und § 94 SGB XI zum Zweck der Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, beispielsweise bei den Leistungsansprüchen und der Beitragserhebung, führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen dieser gesetzlichen Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren oben genannten Ansprechpartner oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Jede Änderung werde ich mitteilen.

Datum
 Unterschrift des Kunden

Wichtige Informationen der AOK Niedersachsen

Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung

Der Gesetzgeber sieht vor, dass bei der Lohn-/Einkommenssteuer die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zum steuerfreien Existenzminimum gehören.

Für versicherungspflichtig Beschäftigte und freiwillig versicherte Arbeitnehmer gilt: Das Finanzamt erfährt die Höhe der Beiträge aus der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung des Arbeitgebers.

Bei freiwillig Versicherten, die ihre Beiträge selbst zahlen, melden die Krankenkassen die Beiträge ans Finanzamt. Dies gilt auch für Versicherte in der Krankenversicherung der Studenten (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Eventuell erstattete Beiträge, Prämien und Bonuszahlungen an Versicherte werden ebenfalls gemeldet.

Voraussetzung ist, dass der Steuerpflichtige der Krankenkasse seine Steueridentifikationsnummer nennt.

Wichtig für Personen, die ihre Beiträge selbst zahlen

Das Finanzamt berücksichtigt Ihre Beiträge nur, wenn es eine elektronische Meldung von der Krankenkasse erhält. Wer seine Steueridentifikationsnummer nicht angibt, verzichtet auf die Steuerentlastung. Die genauen Auswirkungen ergeben sich aus dem Steuerrecht.

Druckvorschau