

## Ja, ich möchte freiwilliges Mitglied der AOK NordWest werden.

Die Mitgliedschaft beginnt am \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Name _____		Vorname _____		Rentenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum _____	
Geburtsname _____		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		Familienstand _____ Kinderzahl _____	
Geburtsort _____		Geburtsland _____		Staatsangehörigkeit _____	
Straße / Haus-Nr. _____		Telefon* _____		Mobil** _____	
PLZ _____		Ort _____		E-Mail* _____	

### Angaben zur Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in den letzten 12 Monaten

vom _____	bis _____	bei (Name der Krankenkasse) _____	<input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r
vom _____	bis _____	bei (Name der Krankenkasse) _____	<input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r

Bitte informieren Sie meine bisherige Kasse über meine Krankenkassenwahl.  
 Ich bin Neumitglied und benötige eine elektronische Gesundheitskarte.  
 Rückkehr ins Inland  
 Sollte ich die Voraussetzungen einer Mitgliedschaft nach § 9 SGB V nicht erfüllen, soll diese Erklärung als Antrag auf Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gewertet werden

### Angaben zur Tätigkeit

Arbeitnehmer/in   Name und Anschrift des Betriebes \_\_\_\_\_  
 selbstständig    arbeitslos    Haushaltführende Person  
 verbeamtet    Student/in/Schüler/in    Rentner/in / Rentenantragsteller/in  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung  
 Ich habe Beihilfeansprüche (Nachweis ist beigefügt).

### Angaben zum Krankengeld für Selbstständige

Ich wähle  kein Krankengeld    Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (bitte Zusatzerklärung mit ausfüllen).  
 Hinweis: Das Bruttokrankengeld beträgt bei einer Arbeitsunfähigkeit 70 % des entfallenden Arbeitseinkommens. Von beitragspflichtigen Einnahmen, die durch das Krankengeld ersetzt werden, sind während der Arbeitsunfähigkeit keine Beiträge zu zahlen.

### Angaben zu den Einnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen und entsprechende Nachweise beifügen)

Meine Einnahmen betragen im Jahr 2023 voraussichtlich mehr als 59.850 EUR (monatlich 4.987,50 EUR)  
 Weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente) erhalten.

Bitte fügen Sie zu den ersten drei Einkünften, wenn vorhanden, Ihren aktuellsten Einkommensteuerbescheid bei:

<input type="checkbox"/> Selbstständige/freiberufliche Tätigkeit	jährl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge	jährl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Mieterträge	jährl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Einmalzahlungen	jährl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Arbeitsentgelt/Dienstbezüge	mtl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung	mtl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Renten	mtl. _____ EUR

Seite 2

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

- Versorgungsbezüge mtl. \_\_\_\_\_ EUR
- Gründungszuschuss/Gründungsbeihilfe mtl. \_\_\_\_\_ EUR
- Überbrückungsgeld mtl. \_\_\_\_\_ EUR
- Sonstige Einkünfte mtl. \_\_\_\_\_ EUR
- Ich verfüge über keine Einnahmen bzw. mein/e Ehepartner/in / Lebenspartner/in<sup>1</sup> verfügt über höhere Einnahmen als ich.
- Mein Lebensunterhalt wird sicher gestellt durch  Ersparnisse;  Eltern oder Freunde;  \_\_\_\_\_
- Mein/e Ehepartner/in / Lebenspartner/in<sup>1</sup> ist **gesetzlich** krankenversichert (weitere Angaben sind nicht erforderlich).
- Mein/e Ehepartner/in / Lebenspartner/in<sup>1</sup> ist **nicht gesetzlich** krankenversichert.
- Einnahmen (bitte fügen Sie Nachweise bei) nur ausfüllen, wenn  
Der/die nicht getrenntlebende Ehepartner/in / Lebenspartner/in<sup>1</sup>  
nicht gesetzlich krankenversichert ist. mtl. \_\_\_\_\_ EUR
- jährl. \_\_\_\_\_ EUR

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_

Anzahl der nicht gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

### Angaben zur Beitragszahlung

- Die Beiträge  zahlt mein Betrieb (Firmenzahler/in).  zahle ich monatlich per Dauerauftrag.
- sollen per Lastschrift eingezogen werden (bitte Vordruck „Lastschriftmandat“ beifügen)

### AOK-Service

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Neumitglied und benötige eine elektronische Gesundheitskarte. | <input type="checkbox"/> 0 Kein Meldeverfahren              |
| <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie meinen Betrieb über meine Krankenkassenwahl.    | <input type="checkbox"/> 1 Beginn Versicherungspflicht      |
| <input type="checkbox"/> Bitte beantragen Sie für mich den Sozialversicherungsausweis.         | <input type="checkbox"/> 2 Beginn Versicherungsberechtigung |
|  | <input type="checkbox"/> 3 Kündigung/Sonderkündigung        |
|  | <input type="checkbox"/> 4 Schließung/Insolvenz KK          |
|  | <input type="checkbox"/> 5 Errichtung/Ausdehnung BKK        |

### Unterschrift zur Mitgliedserklärung

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

#### Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NordWest, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datenschutzhinweis: Unabhängig von Ihrem o. g. Antrag werden Ihre Daten zu Werbezwecken genutzt, wenn Sie o. g. Einwilligungserklärung ankreuzen und unterschreiben. Diese Datenerhebung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO. 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 [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.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 Mitglied (bei unter 18-Jährigen Unterschrift gesetzlichen Vertretung) \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Durchführung der Versicherung nach § 9 SGB V und der Beitragsbemessung nach §§ 226, 227, 228, 229, 236, 238a, 239, 240 SGB V bzw. § 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (höhere 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 [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.