



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Sachsen und Thüringen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **AOK Plus** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **AOK Plus** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **AOK Plus** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **AOK Plus** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **AOK Plus** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Vermittlungsauftrag für Freiwillig Versicherte

Stempel Vermittler/-in

Ich beauftrage die hier genannte Person mit der Vermittlung
einer Mitgliedschaft bei der AOK PLUS.

krankenkassennetz.de GmbH

GP 3 4 0 4 4 4 2 7 2 2 4
AOK PLUS Partnernummer

Name, Vorname (Vermittler/-in)

1. Meine persönlichen Daten

Name _____ Vorname _____ Geburtsname _____ Titel _____

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____ Staatsangehörigkeit _____

Rentenversicherungsnummer _____ Telefon*/Handy* _____ E-Mail* _____

Geschlecht (m/w/d) _____ Familienstand _____ Steueridentifikationsnummer (IDNr.) 11-stellig
(siehe auch Punkt 7) _____

* Die Angaben der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse sind freiwillig. Diese Kommunikationswege nutzen wir zusätzlich zur schriftlichen Kommunikation,
um bei Bedarf kurzfristig mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

2. Ich beantrage ab _____ die freiwillige Versicherung aufgrund:

- Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft Beendigung der Familienversicherung Kassenwechsel entspr. § 173 Abs. 2 SGB V
 Schwerbeschädigung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes beruflichen Auslandsaufenthaltes
 Rückkehr in das Inland am _____ Beschäftigungsaufnahme ab Erstmalige Beschäftigungsaufnahme im Inland
 Ich bin versicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Arbeitgeber _____ Telefon- und Betriebsnummer des Arbeitgebers _____

Ich bin selbstständig tätig (ggf. als Gesellschafter/-in). _____
Tätigkeit _____ Arbeitszeit wöchentlich in Stunden _____

Geschäftsöffnungszeiten (wenn vorhanden, bitte angeben) _____ Anzahl pflichtversicherte Arbeitnehmer/-innen (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit) _____ Anzahl geringfügig Beschäftigte (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit) _____

- Ich bin Sozialhilfeempfänger/-in.
 Ich bin _____
z. B. Student/-in ohne Pflichtversicherung, Fachschüler/-in, Rentner/-in, Kind usw.
 Ich bin nicht erwerbstätig.
 Ich bin nach dem 31.12.2018 aus dem Dienstverhältnis als Soldat/-in auf Zeit ausgeschieden.

3. Mein Brutto-Einkommen (Nachweise bitte beifügen)

	Antragsteller/-in	Ehe- bzw. Lebenspartner/-in**
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gewinn aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (letzten vom Finanzamt ausgestellten Steuerbescheid beifügen/vorlegen) jährlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gründungszuschuss, Gründungsbeihilfen (z. B. von SAB-Bank) monatlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Überbrückungsgeld/Leistungen aus dem ESF-Fond monatlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (nicht aus geringfügiger Beschäftigung) jährlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zusätzliche Einmalzahlungen insgesamt (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld usw.) jährlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung monatlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Renten (Kopie der/des Bescheide/-s beifügen) (z. B. Unfallrente, private Renten-/Lebensversicherung) monatlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versorgungsbezüge (Kopie der/des Bescheide/-s beifügen) (z. B. Pension, Betriebsrente) monatlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen monatlich _____		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstige Einkünfte, Einkunftsart _____ monatlich _____		

Haben Sie keine oder nur geringe Einkünfte, bitten wir um die Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten.

z. B. Zuwendungen der Lebensgefährtin oder des Lebensgefährten bzw. der Eltern oder anderer Personen

**Lebenspartner/-innen sind Personen, die eine nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG) eingetragene Lebenspartnerschaft begründen.

*nur ausfüllen, wenn Ehe- bzw. Lebenspartner/-in nicht gesetzlich krankenversichert sind

4. Meine bisherigen Versicherungszeiten (außerhalb der AOK PLUS)

4.1. Feststellung der Versicherungsberechtigung – max. 5 Jahre vor Beginn der freiwilligen Versicherung

von _____ bis _____ gesetzliche Krankenkasse freiwilliges Mitglied Pflichtmitglied Familienversicherung

<input type="checkbox"/> Krankenkassenart	Bei Vorversicherung im Ausland 01 vorher bei AOK PLUS versichert 02 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 03 ohne deutsche Vorversicherung	Private Krankenversicherung 41 vorher bei AOK PLUS versichert 42 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 43 ohne deutsche Vorversicherung
Freie Heilfürsorge 51 vorher bei AOK PLUS versichert 52 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 53 ohne deutsche Vorversicherung	Keine Versicherung 61 vorher bei AOK PLUS versichert 62 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 63 ohne deutsche Vorversicherung	KV der Bahnbeamten 71 vorher bei AOK PLUS versichert 72 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 73 ohne deutsche Vorversicherung
Postbeamtenkrankenkasse 81 vorher bei AOK PLUS versichert 82 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 83 ohne deutsche Vorversicherung	Sonstige Versicherung 91 vorher bei AOK PLUS versichert 92 vorher bei einer anderen gesetzlichen KV versichert 93 ohne deutsche Vorversicherung	

Füllt die AOK PLUS aus.	<input type="checkbox"/> (0) Kein Meldeverfahren notwendig	<input type="checkbox"/> (2) Beginn Versicherungsberechtigung	<input type="checkbox"/> (3) Kündigung/Sonderkündigung
<input type="checkbox"/> (4) Schließung/Insolvenz der bisherigen gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> (5) Errichtung/Ausdehnung einer BKK		

5. Besonderheiten

5.1 Ich bin hauptberuflich selbstständig tätig und verliere im Krankheitsfall ganz oder überwiegend mein Arbeitseinkommen. ja nein

Wenn »ja«, beantrage ich meine Krankenversicherung mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab der 7. Krankheitswoche. ja nein

5.2. Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung (PV) befreit. nein ja, aufgrund eines privaten PV-Vertrages vor dem 23.6.1993
seit _____ (Nachweis über die private Pflegeversicherung bitte vorlegen)

5.3. Ich bin kinderlos. ja nein (bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen)

5.4. Mein/e Ehe- bzw. Lebenspartner/-in ist:** privat gesetzlich nicht krankenversichert

Wenn privat versichert:

gemeinsame Kinder unterhaltsberechtig²⁾ _____ familienversichert _____ nicht familienversichert

nicht gemeinsame Kinder unterhaltsberechtig²⁾ _____ familienversichert _____ nicht familienversichert

²⁾ Berücksichtigungsfähig sind unterhaltsberechtigende Kinder nach § 1602 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

5.5. Ich habe Anspruch auf: Beihilfe ja nein freie Heilfürsorge ja nein

6. Zahlungsweise

Die monatlichen Beiträge werden per Lastschrift von meinem Bankkonto abgebucht.

Achtung: Bitte **Formular zum Lastschriftverfahren** (SEPA-Lastschriftmandat) ausfüllen und im Original einreichen.

Mein Arbeitgeber überweist die monatlichen Beiträge. (gilt nur für Arbeitnehmer/-innen, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten)

7. Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehe - bzw. Lebenspartner/-in**, Kinder). ja nein

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datenschutzrechte

Datenschutzhinweis:

Die AOK PLUS benötigt für die Bearbeitung Ihres Antrages einige persönliche Daten. 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. Sofern ein Lichtbild übermittelt wird, wird dieses zur Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nach den §§ 291, 291a SGB V erhoben und verarbeitet. Die Erhebung und Übermittlung der Daten an die AOK PLUS erfolgt auf Grundlage des Artikels 6 (1) lit. B EU DS-GVO, um in Ihrem Sinne die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zu vermitteln. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich Ihrer Berechtigung zur Durchführung einer Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Ermittlung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung führen. Empfangende Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleistungsunternehmen sein. Die Einwilligung zur Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Wenn Sie einwilligen, nutzen wir Ihre Daten schriftlich oder telefonisch für weitere Informationen oder Beratung zu den Vorteilen der AOK PLUS oder zu privaten Zusatzversicherungen unserer Vertragspartnerunternehmen. Für die Rechtswirksamkeit dieser Erklärung ist Ihre Volljährigkeit Voraussetzung. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: service@plus.aok.de.

Mit Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer übermittelt die AOK PLUS die von Ihnen gezahlten und die von der AOK PLUS an Sie erstatteten Beiträge jährlich unter der Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer (ID-Nr.) an das Finanzamt. Ohne Angabe der Steueridentifikationsnummer kann die AOK PLUS beim Bundeszentralamt für Steuern die Steueridentifikationsnummer abfragen, wenn ein Meldetatbestand vorliegt. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/plus/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an: Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden, per E-Mail unter datenschutz@plus.aok.de oder über das Kontaktformular auf plus.aok.de/datenschutzbeauftragter.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK PLUS meine angegebenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK, zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnerunternehmen der AOK zu informieren und zu beraten sowie um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben, inklusive der Adressdaten. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unaufgefordert informieren.

Erklärung zur Krankenkassenwahl

Ich bin über mein Wahlrecht informiert und wähle die AOK PLUS als meine zukünftige Krankenkasse. Ich bestätige, dass mir bewusst ist, dass ausschließlich die AOK PLUS über das Zustandekommen oder Nichtzustandekommen meiner Mitgliedschaft aufgrund des Vermittlungsauftrages entscheidet.

Einwilligung zur Datenübermittlung

Mit meiner Unterschrift

- beauftrage ich den genannten Vermittler, meinen Vermittlungsauftrag an die AOK PLUS zu übermitteln.
- erkläre ich mein Einverständnis damit, dass die AOK PLUS an den genannten Vermittler für Abrechnungszwecke meine Identifikationsdaten und die Informationen übermittelt, ob und gegebenenfalls ab wann eine Mitgliedschaft bei der AOK PLUS zustande gekommen ist.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Die Hinweise habe ich gelesen. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unaufgefordert informieren.



Stempel AOK PLUS Mitarbeiter/-in



Ort, Datum



Unterschrift Antragsteller/-in, bei Minderjährigen die der gesetzlichen Vertretung



Unterschrift Vermittler/-in

Mitarbeiter/-in der AOK PLUS und KI-Kennung

Füllt die AOK PLUS aus. HB FB Fil MwM

VM: _____ GP | | | | | | | | | | | |

Name, Vorname, AOK PLUS Partnernummer

Postkz.: _____ Tel Br VA TS AE, Datum _____ Bild für eGK vorhanden

Wichtig: Unser „Kleingedrucktes“

Beginn der Mitgliedschaft

Ihre freiwillige Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag nach dem Ende einer vorhergehenden Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung, ansonsten mit dem Tag des Beitritts. Ihre Anmeldung zur freiwilligen Versicherung muss uns schriftlich innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung zugegangen sein.

Freiwillig Versicherte sind gleichzeitig versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung, es sei denn, sie sind von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit. Die Mitgliedschaft wird von der bei uns errichteten Pflegekasse durchgeführt. Die Beiträge zur Pflegeversicherung zahlen Sie zusammen mit den zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen an uns.

Leistungen

Mit dem Beginn Ihrer freiwilligen Mitgliedschaft haben Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen Anspruch auf einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Leistungsbroschüren mit näheren Informationen halten wir für Sie bereit.

Ausnahmen:

Ihr Anspruch auf Leistung ruht, wenn Sie Beitragsanteile von zwei Monaten trotz Mahnung nicht gezahlt wurden. Vom Ruhen ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, und Früherkennungsuntersuchungen. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches Zweites Buch (SGB II) oder des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) werden. Bei einer Anwartschaftsversicherung steht Ihnen unser umfangreiches Leistungspaket nicht zur Verfügung.

Beitragspflichtige Einnahmen

Der Beitrag wird nach den Einnahmen bemessen, sofern nicht gesetzliche oder satzungsgemäße Mindestbemessungsgrenzen zu berücksichtigen sind. Einnahmen sind Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuergesetzes **ohne** Abzüge von Steuern, Sonderausgaben, Freibeträgen und Abschreibungen. Die Beitragsbemessung erfolgt nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Zahlung der Beiträge

Spätestens am 15. jeden Monats muss Ihre Beitragszahlung für den Vormonat bei uns gebucht sein. Die pünktliche Zahlung ist sichergestellt, wenn Sie am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen. Mit dem Beitragsbescheid erhalten Sie die Vorankündigung (Pre-Notification), in welcher Höhe wir bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren monatlich abbuchen. Die gesetzlich vorgeschriebene Frist für diese Pre-Notifikation beträgt 14 Tage. Mit Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates stimmen Sie der Verkürzung dieser Frist auf einen Tag zu. Eine Veränderung des Zahlungsbetrages teilen wir Ihnen mindestens einen Tag vor Belastung Ihres Bankkontos mit. Für jeden Beitrag, der bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht beglichen ist, sind wir verpflichtet, einen Säumniszuschlag zu erheben (1 v. H. des rückständigen Betrages, auf 50,00 EUR nach unten gerundet)..

Krankengeld

Freiwillige Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach Wegfall des Entgeltfortzahlungsanspruches. Der Anspruch auf Krankengeld entfällt mit Beginn einer Vollrente wegen Alters oder voller Erwerbsunfähigkeit.

Freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig tätig sind, können die Krankenversicherung mit dem gesetzlichen Krankengeldanspruch ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Die Wahlerklärung besitzt drei Jahre Gültigkeit und kann nicht widerrufen werden.

Wichtige Voraussetzungen für die Zahlung Ihres Krankengeldes:

- Verlieren Sie ganz oder teilweise Ihr Arbeitseinkommen, schützt Sie das Krankengeld gegen das Risiko vor Entgeltverlusten bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- Basis bildet Ihr erzielttes beitragspflichtiges Arbeitseinkommen aus dem steuerlich abgeschlossenen Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Maßgebend hierfür ist der durch die Finanzbehörde mittels Einkommenssteuerbescheid festgestellte Gewinn.
- Für den Krankengeldanspruch ist wichtig, dass aus dem erzielten Arbeitseinkommen zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auch Beiträge zur Krankenversicherung nach dem allgemeinen Beitragsatz gezahlt wurden.
- Sind im maßgeblichen Einkommenssteuerbescheid negative Einkünfte ausgewiesen, kann kein Krankengeld gezahlt werden.
- Sind Sie am Tag der Abgabe Ihrer Wahlerklärung – oder bevor deren Wirkung eintritt – arbeitsunfähig, beginnt der Anspruch auf Krankengeld erst nach Ende dieser Arbeitsunfähigkeit.
- Für das Krankengeld – vom Entstehen bis zum Wegfall des Anspruchs – wenden wir die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) an.

Wichtige Hinweise zur Beitragsfreiheit während der Zahlung von Krankengeld:

- Für die Zeit, in der Sie Krankengeld erhalten, zahlen Sie keine Beiträge aus dem entfallenden Arbeitseinkommen.
- Einkommensarten, wie z. B. während der Arbeitsunfähigkeit erzielttes Arbeitseinkommen, Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen, bleiben bei der Ermittlung der Höhe des Krankengeldes unberücksichtigt. Aus diesen Einnahmen müssen auch während des Krankengeldbezuges Beiträge entrichtet werden.

Wohnortwechsel

Ändern sich Wohnort oder Arbeitgeber, geben Sie uns bitte Bescheid. Die Mitgliedschaft bei der AOK PLUS bleibt natürlich weiter bestehen.

Ende der Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft wird beendet durch

- a) die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- b) den Eintritt von Versicherungspflicht, wenn Leistungen des Arbeitsamtes bezogen werden
- c) die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner/-innen
- d) den Eintritt in die Krankenversicherung der Studierenden
- e) Wirksamwerden der Kündigung nach Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet vom Monat, in dem die Kündigung bei uns eingeht, sofern die 12-monatige Bindungsfrist erfüllt wurde.

Nach Wegfall der von a) bis d) genannten Tatbestände können Sie erneut freiwilliges Mitglied werden.

Die freiwillige Versicherung ist dann innerhalb von drei Monaten schriftlich bei uns zu beantragen.

Änderungen

Als Mitglied haben Sie eine Auskunftspflicht. Änderungen in Ihren Einkommensverhältnissen oder in Ihrer beruflichen Tätigkeit teilen Sie uns bitte mit.

Zur Einsichtnahme in Unterlagen, aus denen Veränderungen hervorgehen sind wir berechtigt.

Name, Vorname _____

Anschrift _____

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
01058 Dresden**

Interner Vermerk

**Vertrieb >> Akquise >>
Anträge/Verträge/Bescheide**

Erklärung zur Elterneigenschaft

Rentenversicherungsnummer: _____

Hiermit erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich insgesamt

ein Kind zwei Kinder drei Kinder vier Kinder fünf oder mehr Kinder

habe mit folgenden Angaben:

1. Kind	_____	_____
	Name, Vorname	Geb.-Datum
2. Kind	_____	_____
	Name, Vorname	Geb.-Datum
3. Kind	_____	_____
	Name, Vorname	Geb.-Datum
3. Kind	_____	_____
	Name, Vorname	Geb.-Datum
5. Kind	_____	_____
	Name, Vorname	Geb.-Datum

Haben Sie mehr als fünf Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben? Nutzen Sie die bitte Rückseite des Formulars und geben Sie dort die Daten der weiteren Kinder an.

Die Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass falsche Informationen zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs.1 SGB XI zur Festlegung des anzuwendenden Beitragssatzes in der Pflegeversicherung gemäß §55 Abs.3 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 50 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Beitragsberechnung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Plus
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

