



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachtes Vertrauen.

Wenn Du dich studentisch krankenversichern musst ist das bei der AOK Plus unkompliziert möglich, wenn du in Sachsen oder Thüringen wohnst oder studierst.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag im Freiumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **AOK Plus** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Vermittlungsauftrag für Studenten

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

Stempel Vermittler/-in

krankenkassennetz.de GmbH

3 4 0 4 4 4 2 7 2 2 4
IGP 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

* 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 zu können.

2. Ich beantrage ab die Versicherung als Student/-in aufgrund:

- Studienbeginn Ausscheiden aus einer Pflichtversicherung
 Kassenwechsel entspr. § 173 Abs. 2 SGB V Beendigung der Familienversicherung

3. Angaben zum Studium

Ich studiere/werde studieren an: Name und Anschrift der Studieneinrichtung

Staatlich oder staatlich anerkannte Universität/Hochschule/Fachhochschule ja nein

Hinweis: Bei Besuch einer Fachschule/Berufsakademie ist der Antrag auf freiwillige Versicherung auszufüllen.

Promotions- oder Graduierten- oder Meisterschüler- oder Zusatz- oder Weiterbildungsstudium:

nein ja (bitte zutreffende Studienart ankreuzen) von bis

studienvorbereitender Sprachkurs/Studienkolleg von bis

Studienbeginn/Tag der Einschreibung Semesterbeginn

(Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

4. Meine bisherigen Versicherungszeiten außerhalb der AOK PLUS

4.1. Feststellung der Versicherungsberechtigung – bis mind. 18 Monate vor Antragstellung

von bis gesetzliche Krankenkasse freiwilliges Mitglied Pflichtmitglied Familienversicherung

Krankenkassenart

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 (KVB)
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

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

Füllt die AOK PLUS aus

- (0) Kein Meldeverfahren notwendig (1) Beginn Versicherungspflicht (3) Kündigung/Sonderkündigung
 (4) Schließung/Insolvenz der bisherigen gesetzlichen Krankenkasse (5) Errichtung/Ausdehnung einer BKK

5. Allgemeine Angaben

- ja nein Haben Sie Kinder? (bei „ja“, bitte den Nachweis der Elterneigenschaft mit einreichen)
- ja nein Üben Sie neben dem Studium eine selbstständige Tätigkeit aus? _____
wöchentliche Arbeitszeit
- ja nein Üben Sie neben dem Studium eine abhängige Beschäftigung aus? _____
wöchentliche Arbeitszeit
- _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers
- ja nein Beziehen Sie eine Rente? _____
Bezugsart
- ja nein Beziehen Sie Versorgungsbezüge? _____
Bezugsart
- ja nein Haben Sie Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge? _____
Art von bis
- ja nein Wurden Sie in der Vergangenheit durch eine Krankenkasse von der Versicherungspflicht zur studentischen Krankenversicherung befreit?
am durch

Nur für ausländische Studierende: Besteht Anspruch auf Leistungen nach dem über-/zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht? (Wenn „ja“, bitte Kopie der Europäischen Krankenversicherungskarte – EHIC – beifügen.)

- ja _____ nein
bis zum

6. Die beitragsfreie Familienversicherung ist nicht möglich, weil

- Eltern im Ausland leben Einkommensgrenze überschritten wird Altersgrenze überschritten wird
- Eltern privat versichert sind sonstige Gründe

7. Unser zusätzlicher Service für Sie

- ja nein Brauchen Sie eine Bescheinigung über Ihre Beitragspflicht zur Vorlage beim BAföG-Amt?
- ja nein Brauchen Sie Unterlagen zur Beantragung der beitragsfreien Familienversicherung für Ihre Angehörigen (Ehegatte/ Ehegattin/ eingetragene/n Lebenspartner/-in/Kinder)?

8. Zahlungsweise bei Beitragspflicht

- Die monatlichen Beiträge sollen per Lastschrift abgebucht werden.
Bitte das **Formular zum Lastschriftverfahren** (SEPA-Lastschriftmandat) ausfüllen und im Original einreichen.
- Ich zahle den gesamten Semesterbeitrag jeweils vor Semesterbeginn im Voraus.
- Ich überweise die monatlichen Beiträge selbst per Dauerauftrag.

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.

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

Kunze

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

Erläuterungen und Hinweise

Kranken-/Pflegeversicherung

Versicherungspflicht besteht für Studentinnen und Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]). Eine Verlängerung der Pflichtversicherung ist möglich, wenn bestimmte Sachverhalte zum Verlust eines oder mehrerer Semester geführt haben (z. B. Erwerb der Hochschulreife auf dem 2. Bildungsweg, Zeiten des freiwilligen Wehr-/Bundesfreiwilligendienstes u. ä.).

Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studentinnen und Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

Ende der Mitgliedschaft

- **Exmatrikulation**

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studentinnen und Studenten endet mit Ablauf des Semesters, in dem die Exmatrikulation erfolgte.

- **Vollendung 30. Lebensjahr**

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studentinnen und Studenten endet mit Ablauf des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wird.

Zahlung der Beiträge

Die monatlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Student/-in werden entweder bis zum 15. des Monats per Lastschrift vom Bankkonto abgebucht oder sind jeweils semesterweise im Voraus zahlbar. Wenn Sie am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen, erhalten Sie mit dem Beitragsbescheid die Vorabankündigung (Pre-Notification), in welcher Höhe wir 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).

Änderungen

Als Mitglied haben Sie eine Auskunftspflicht. Über einen Wechsel der Studieneinrichtung, Ihre Exmatrikulation oder die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit/eines Arbeitsverhältnisses informieren Sie uns bitte.

Leistungen

Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft haben Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen Anspruch auf einen umfassenden Krankenversicherungsschutz.

Leistungsbroschüren mit näheren Informationen halten wir für Sie bereit.

Ausnahme:

Ihr Anspruch auf Leistung ruht, wenn Sie Beitragsanteile für zwei Monate nicht gezahlt haben. 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 SGB II oder SGB XII werden.

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 bitte die Rückseite des Formulars und geben 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.

