



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

Ich beauftrage den hier genannten Vermittler mit der Vermittlung einer Mitgliedschaft bei der AOK PLUS.

Stempel des Vermittlers

GP																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AOK PLUS-Partnernummer

Name, Vorname (Vermittler)			
Name		Vorname	
Geburtsname		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Rentenversicherungsnummer	Telefon*/Handy*	E-Mail*	
Geschlecht (m/w/d)	Familienstand		

Steueridentifikationsnummer (IDNr.) 11-stellig

* Die Angaben der Telefon- und Handy-Nummer sowie der E-Mail-Adresse sind freiwillig. Wir möchten diese Kommunikationswege zusätzlich zur schriftlichen Kommunikation nutzen, um bei Bedarf kurzfristig mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können.

Ich beantrage ab _____ die freiwillige Versicherung aufgrund:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Beendigung der Familienversicherung | <input type="checkbox"/> Kassenwechsel entspr. § 173 Abs. 2 SGB V |
| <input type="checkbox"/> Schwerbeschädigung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes | | <input type="checkbox"/> beruflichen Auslandsaufenthaltes |
| <input type="checkbox"/> Rückkehr in das Inland am _____ | <input type="checkbox"/> Beschäftigungsaufnahme ab _____ | <input type="checkbox"/> Erstmalige Beschäftigungsaufnahme im Inland |
| <input type="checkbox"/> Ich bin versicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze. | | |
| Arbeitgeber _____ | | Telefon- und Betriebsnummer des Arbeitgebers _____ |
| <input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig tätig (ggf. als Gesellschafter) | Tätigkeit _____ | Arbeitszeit wöchentlich in Stunden _____ |
| Geschäftsöffnungszeiten (wenn vorhanden, bitte angeben) _____ | Anzahl pflichtversicherter Arbeitnehmer (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit) _____ | Anzahl geringfügig Beschäftigter (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Sozialhilfeempfänger | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin _____ | z. B. Student ohne Pflichtversicherung, Fachschüler, Rentner, Kind usw. | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht erwerbstätig. | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nach dem 31.12.2018 aus dem Dienstverhältnis als Soldat/Soldatin auf Zeit ausgeschieden | | |

1. Mein Brutto-Einkommen (Nachweise sind bitte beizufügen bzw. vorzulegen)

		Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner**
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewinn aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (letzten v. 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 (z. B. Unfallrente, private Renten-/Lebensversicherung; Kopie der/des Bescheide/-s beifügen)	monatlich	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versorgungsbezüge (z. B. Pension, Betriebsrente) (Kopie der/des Bescheide/-s beifügen)	monatlich	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung/Kapitalanlagen	monatlich	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Einkünfte, Einkunftsart _____	monatlich	

**Lebenspartner/-innen sind Personen, die eine nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG) eingetragene Lebenspartnerschaft begründen
 † nur ausfüllen, wenn der Ehegatte/Lebenspartner** nicht gesetzlich krankenversichert ist

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

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

2. Meine bisherigen Versicherungszeiten (außerhalb der AOK PLUS)

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis	Gesetzliche Krankenkasse	freiwilliges Mitglied	Pflichtmitglied	Familienversicherung

Krankenkassenart

Bei Vorversicherung im Ausland
01 vorher bei AOK PLUS versichert
02 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
03 ohne deutsche Vorversicherung

KV* der Bahnbeamten
71 vorher bei AOK PLUS versichert
72 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
73 ohne deutsche Vorversicherung

Private Krankenversicherung
41 vorher bei AOK PLUS versichert
42 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
43 ohne deutsche Vorversicherung

Postbeamtenkrankenkasse
81 vorher bei AOK PLUS versichert
82 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
83 ohne deutsche Vorversicherung

Freie Heilfürsorge
51 vorher bei AOK PLUS versichert
52 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
53 ohne deutsche Vorversicherung

Sonstige Versicherung
91 vorher bei AOK PLUS versichert
92 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
93 ohne deutsche Vorversicherung

Keine Versicherung
61 vorher bei AOK PLUS versichert
62 vorher bei einer anderen
gesetzlichen KV* versichert
63 ohne deutsche Vorversicherung

*Krankenversicherung

Wird von der AOK PLUS ausgefüllt

(0) Kein Meldeverfahren notwendig

(2) Beginn Versicherungsberechtigung

(3) Kündigung/Sonderkündigung

(4) Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse

(5) Errichtung/Ausdehnung einer BKK

3. Besonderheiten

3.1. Ich bin hauptberuflich selbstständig tätig und verliere im Krankheitsfall ganz oder überwiegend mein Arbeitseinkommen.

ja nein

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

ja nein

3.2. Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. nein

ja, aufgrund privatem PV-Vertrag vor dem 23.06.1993
(Nachweis über die private Pflegeversicherung bitte vorlegen)

seit

3.3. Ich bin kinderlos

ja nein (bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen)

3.4. Mein Ehegatte/Lebenspartner** ist:

privat gesetzlich nicht krankenversichert

Wenn privat versichert	gemeinsame Kinder unterhaltsberechtig ²⁾	nicht gemeinsame Kinder unterhaltsberechtig ²⁾
familienversichert		
nicht familienversichert		

²⁾ Keine alleinigen Kinder des Mitgliedes. Nur nach § 1602 BGB unterhaltsberechtigende Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, des 23. Lebensjahres ohne eigene Erwerbstätigkeit oder des 25. Lebensjahres bei Schul- oder Berufsausbildung.

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

4. Zahlungsweise

Ich möchte, dass die monatlichen Beiträge per Lastschrift von meinem Bankkonto abgebucht werden.

Achtung: Bitte **SEPA-Lastschriftmandat** ausfüllen und im Original einreichen.

Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen (gilt nur für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten)

5. Familienversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder)

ja nein

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datenschutzrechte

Die Datenschutzhinweise des Vermittlers dieses Vermittlungsauftrages habe ich zur Kenntnis erhalten.

Datenschutzhinweis

Damit die AOK PLUS als die von Ihnen gewählte Krankenkasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK PLUS nach § 284 i. V. m. §§ 9, 240 und 175 SGB V sowie des § 21 der Satzung der AOK PLUS erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. 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. Sofern ein Lichtbild übermittelt wird, wird dieses zur Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nach den §§ 291, 291a SGB V erhoben und verarbeitet.

Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich Ihrer Berechtigung zur Durchführung einer Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Ermittlung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder durch die AOK PLUS beauftragte Dienstleister sein. Die Einwilligung zur Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) Ihrer Daten durch die AOK PLUS erfolgt auf freiwilliger Basis. Wenn Sie einwilligen, nutzt die AOK PLUS Ihre Daten schriftlich oder telefonisch für weitere Informationen oder Beratung zu den Vorteilen der AOK PLUS oder zu privaten Zusatzversicherungen unserer Vertragspartner. Für die Rechtswirksamkeit dieser Erklärung ist Ihre Volljährigkeit Voraussetzung. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der AOK PLUS widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie direkt gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, über jeden Servicekontakt der AOK PLUS oder unter plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung wahrnehmen.

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 (IDNr.) 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. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. 01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS, 01058 Dresden, datenschutz@plus.aok.de.

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch die AOK PLUS

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 Vertragspartnern 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. Meine Daten werden dann bei der AOK PLUS gelöscht.

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 Datenrückübermittlung

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 des AOK PLUS-Mitarbeiters

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in, bei Minderjährigen die des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Vermittler

Mitarbeiter der AOK PLUS und KI-Kennung

Wird von der AOK PLUS ausgefüllt! 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

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 sind (zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen) an uns zu zahlen.

Leistungen

Von Beginn Ihrer freiwilligen Mitgliedschaft an haben Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen Anspruch auf einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Näheres darüber enthalten unsere Leistungsbroschüren, die wir für Sie bereithalten.

Ausnahmen: Der Anspruch auf Leistung ruht für Sie, wenn Beitragsanteile von zwei Monaten trotz Mahnung nicht gezahlt wurden. Vom Ruhen der Leistungen ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die 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 in Ansatz zu bringen 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 Vorabankündigung (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.

Wir sind verpflichtet, für jeden fälligen Beitrag, der bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht beglichen ist, einen Säumniszuschlag zu erheben. Dieser beträgt 1 v.H. des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten gerundeten Beitrages.

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 sind auch während des Krankengeldbezuges Beiträge zu entrichten.

Wohnortwechsel

Ändert 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
- d) den Eintritt in die Krankenversicherung der Studenten
- e) Wirksamwerden der Kündigung nach Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet vom Monat, in dem die Kündigung bei uns eingeht, sofern die 18-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 Auskunfts- und Mitteilungspflicht. Änderungen in den Einkommensverhältnissen oder der beruflichen Tätigkeit sind uns mitzuteilen. Wir sind berechtigt zur Einsichtnahme in Unterlagen, aus denen Veränderungen hervorgehen.

Bitte im Original zurücksenden an:

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

Wichtige Hinweise!

- Die Angabe von IBAN und BIC ist zwingend erforderlich. Diese finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.
- Änderungen sind nur schriftlich möglich.
- Die Rückgabe des Lastschriftmandates ist nur **im Original**, nicht jedoch als Fax oder E-Mail zulässig.

SEPA-Lastschriftmandat

für einmalige/wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger: AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85AOK00000018809
Mandatsreferenz: wird Ihnen separat mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname, Titel	Versichertennummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Ich ermächtige die AOK PLUS, Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK PLUS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

BIC

Kontoinhaber, wenn dieser vom Zahlungspflichtigen abweicht

<input type="text"/>	
Name, Vorname, Titel	
<input type="text"/>	
Straße, Nr., PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke des rechtmäßigen und fristgerechten Einzuges Ihrer Beiträge nach §10 und 11 BVSzGs erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung führt dazu, dass wir Ihre Beiträge nicht per Lastschriftverfahren einziehen können. 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.

