

Antrag auf Mitgliedschaft



Ich habe die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse als meine zukünftige Krankenkasse gewählt. Ich beantrage die Mitgliedschaft ab

und beauftrage die AOK meinen Arbeitgeber / die zur Meldung verpflichtete Stelle entsprechend zu informieren und eine Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V auszustellen.

über gesetzlicheKrankenkassen.de

Persönliche Angaben

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname	männlich	weiblich	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Straße	Nr.	PLZ	Ort		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	Telefon privat	Telefon dienstlich			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Handy	Telefax				
_____	_____				
E-Mail					

Rentenversicherungsnummer
(bei Rentenbezieher unbedingt angeben oder
Bundeseinheitliche KV-Nummer)

Mein Versicherungsverhältnis

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arbeitnehmer	Auszubildender	Beschäftigung/Ausbildung ab	Einkommen über 400 EUR		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arbeitgeber/Ausbildungsstätte	Betriebsnummer				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Straße	Nr.	PLZ	Ort		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Bezieher von	Arbeitslosengeld I	Arbeitslosengeld II			
_____	_____	_____			
Leistungsträger	_____	_____	_____	_____	_____
Student	freiwillige Versicherung	Rentenbezug ab/Rentenantrag am	Datum	Rententräger	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Versorgungsbezüge:	Art des Versorgungsbezuges (Pension, Betriebsrente) und Zahlstelle				
_____	_____				

Angaben zur derzeitigen Krankenversicherung

Ich war zuletzt/bin derzeit versichert bei der _____ Kündigungsbestätigung ist beigefügt

_____	_____	_____	
Name der Krankenkasse	Versicherungsbeginn	ggf. Versicherungsende	
Als:	Pflichtversicherter	freiwillige Versicherter	Familienversicherter
_____	_____	_____	_____

bei Familienversicherten: _____
Name, Vorname und Geburtsdatum des Mitglieds

Ich war in den letzten 18 Monaten nicht krankenversichert, Grund (z. B. Auslandsbeschäftigung): _____

Hinweis zum Datenschutz: Die Erhebung der Daten ist zur Erfüllung unserer Aufgaben gemäß der § 5 ff, 175 i. V. m. § 284 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Die Angaben zur Handynummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig.

Ehepartner

_____	_____	_____
Name	Vorname	versichert bei
_____	_____	_____
Ja, ich habe mitversicherte Familienangehörige	Meine Angehörigen sollen beitragsfrei mitversichert werden	
_____	_____	
Nein, ich habe keine Familienangehörige		

Ich habe das Merkblatt „Wichtige Hinweise zur AOK-Mitgliedschaft“ erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen. Änderungen meiner Angaben teile ich der AOK Nordost unverzüglich mit.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Mitglied

Wichtige Hinweise zur Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft wird grundsätzlich dann begründet, wenn eine Kündigungsbestätigung der vorherigen Krankenkasse und eine Mitgliedschaftserklärung bei der AOK Nordost vorliegen.

Die Vorlage einer Kündigungsbestätigung ist nicht notwendig, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse kraft Gesetzes endete und erneut Versicherungspflicht nach einer Unterbrechung von mindestens einem Kalendertag eintritt. Eine Unterbrechung liegt vor, wenn zwischen zwei Mitgliedschaften für mindestens einen Kalendertag eine Familienversicherung, eine anderweitige Versicherung im Krankheitsfall oder ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V bestand. Eine Unterbrechung kann auch auf einen Feiertag oder ein Wochenende fallen.

Die AOK Nordost fordert bei den bisherigen gesetzlichen Krankenkassen eine Mitgliedsbescheinigung an. Für Zeiten bei einer privaten Krankenversicherung ist eine Kopie der Versicherungspolice notwendig.

Bindungsfrist

Ab Beginn der Mitgliedschaft ist der Versicherungspflichtige grundsätzlich 18 Monate an die gewählte Krankenkasse gebunden (Mindestbindungsfrist). Bei Abschluss eines AOK-Wahltarifs kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der ein- bzw. dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der 18-monatigen Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

Diese Bindungsfrist wird durch die Fusion von Krankenkassen nicht beeinflusst. Die Mindestbindungsfrist gilt nicht, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse kraft Gesetzes endet und nach einer Unterbrechung von mindestens einem Kalendertag (das kann auch ein Wochenende oder ein Feiertag sein) erneut Versicherungspflicht eintritt.

Seit dem 01.01.2009 haben Mitglieder grundsätzlich ein Sonderkündigungsrecht, wenn ihre Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt oder ihn erhöht. Dies gilt auch, wenn ein AOK-Wahltarif abgeschlossen wurde (Ausn.: Krankengeld-Wahltarife). Die Krankenkasse muss ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit auf dieses Sonderkündigungsrecht hinweisen. Die Kündigung muss die Krankenkasse spätestens am Tag der erstmaligen Fälligkeit des (erhöhten) Zusatzbeitrages erreichen.

Eine Ausnahme gilt beim Kassenwechsel innerhalb des AOK-Systems. Hier kann der Wechsel zu einer anderen AOK zum nächsten Monatswechsel erfolgen. Auf die Einhaltung von Bindungs- und Kündigungsfristen wird innerhalb der AOKs verzichtet. Wurde ein Wahltarif abgeschlossen, gelten die Wahltarifkonditionen der aufnehmenden AOK. Bei der neu gewählten AOK beginnt eine neue Mindestbindungsfrist.

Prüfung der Mitgliedschaft

Bei bestimmten Personengruppen ist eine versicherungsrechtliche Beurteilung erforderlich. Dazu gehören u. a.:

- Personen, die das 55. Lebensjahr überschritten haben
- Personen, die neben der Beschäftigung eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben
- Personen, die mitarbeitende Gesellschafter bzw. Gesellschafter-Geschäftsführer sind
- Personen, die bei einem Familienangehörigen eine Beschäftigung aufnehmen. Dazu gehören Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Verwandte (Kinder, Adoptivkinder, Enkel, Urenkel, Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Großonkel, Großtanten, Nichten, Neffen, Großcousinen, Großneffen) und Schwägerete (Schwager, Schwägerin, Schwiegereltern). Stief- und Pflegekinder zählen nicht zu den Verwandten.

Versicherungsrechtliche Beurteilungen werden teilweise durch die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführt. Erst nach dieser Beurteilung wird endgültig über die AOK-Mitgliedschaft entschieden. Das Zustandekommen der Mitgliedschaft unterliegt den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen.

Wurde durch eine Krankenkasse oder durch die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund bereits eine versicherungsrechtliche Prüfung durchgeführt, ist diese Entscheidung der Mitgliedschaftserklärung beizufügen. Änderungen im beurteilten Beschäftigungsverhältnis, die nach der versicherungsrechtlichen Prüfung eingetreten sind, machen eine erneute Prüfung erforderlich.

Wird im Rahmen der versicherungsrechtlichen Prüfung Versicherungspflicht festgestellt, erhält der Arbeitgeber eine Mitgliedsbescheinigung der AOK Nordost. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, eine entsprechende Meldung an die AOK Nordost vorzunehmen.

Pflegeversicherung

Mitglieder, die im Sinne des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes kinderlos und nach dem 31.12.1939 geboren sind, zahlen einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung. Dieser beträgt monatlich 0,25 v. H. ihrer beitragspflichtigen Einnahmen und ist nach Ablauf des Monats zu zahlen, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben. Als Kinder werden neben leiblichen Kindern unter bestimmten Voraussetzungen auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder berücksichtigt. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten nicht als kinderlos. Wird die Elterneigenschaft durch Vorlage der Urkunde innerhalb von drei Monaten nach der Geburt nachgewiesen, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht. Wird der Nachweis später erbracht, wirkt er ab Beginn des Folgemonats. Der Nachweis der Elterneigenschaft ist gegenüber der beitragsabführenden Stelle zu erbringen (z. B. der Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Rehabilitationsträger). Dies ist entbehrlich, wenn die Elterneigenschaft dort bereits bekannt ist.

Steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen

Mit dem Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab dem Veranlagungsjahr 2010 steuerlich stärker berücksichtigt. Dazu müssen diese direkt an das Finanzamt gemeldet werden. Das Finanzamt erfährt die Höhe der Beiträge bei versicherungspflichtigen Beschäftigten und freiwillig Versicherten, für die der Arbeitgeber die Beiträge abführt, durch die elektronische Lohnsteuerbescheinigung des Arbeitgebers. Für Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner erfolgt dies mit der Rentenbezugsmeldung durch den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Für alle Versicherten, die ihre Beiträge selbst an die AOK zahlen (z. B. freiwillig Versicherte, Studenten, Zeitsoldaten) oder Versicherte, die Erstattungen aus dem Prämienprogramm nach § 65a SGB V, dem Bonustarif nach § 63 Abs. 1 SGB V oder einem Wahltarif nach § 53 Abs. 1 bis 3 und 7 SGB V erhalten, erfolgt die Meldung durch die AOK an das Finanzamt, wenn dazu eine Einwilligungserklärung vorliegt (bei Selbstzahlern, die ab 01.01.2010 bei der AOK versichert sind) bzw. der Datenübermittlung nicht widersprochen wurde (bei Selbstzahlern, die bereits am 31.12.2009 bei der AOK versichert waren). Pflichtversicherte Rentner und Arbeitnehmer haben keine Möglichkeit der Übermittlung von Bonus- oder Prämienzahlungen zu widersprechen.

Die Meldung der gezahlten bzw. erstatteten Beträge erfolgt jeweils zum 28.02. des Folgejahres - für das Jahr 2010 also erstmalig zum 28.02.2011. **Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V**

Personen mit Wohnsitz/gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert oder noch nie in Deutschland gesetzlich bzw. privat krankenversichert waren und dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem zuzuordnen sind, sind seit dem 01.04.2007 grundsätzlich versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Sie werden Mitglied der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren und müssen dazu das Fehlen einer anderweitigen Absicherung bei dieser anzeigen.

Bestand nach dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung eine private Krankenversicherung, sind die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht erfüllt. Für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt privat krankenversichert waren oder die in Deutschland weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, tritt seit dem 01.01.2009 Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung ein.

Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, diesem Personenkreis ab 01.01.2009 unter bestimmten Voraussetzungen eine Versicherung im Basistarif zu gewähren (§193 Abs. 3 VVG i.V. § 12 Abs. 1b VAG).

Kündigung der privaten Krankenversicherung bei Eintritt von Versicherungspflicht

Ein bisher privat krankenversicherter Arbeitnehmer kann mit Eintritt der Versicherungspflicht seinen Vertrag bei dem privaten Versicherungsunternehmen sofort, spätestens aber innerhalb von zwei Monaten kündigen. Später kann das Versicherungsverhältnis zur privaten Krankenversicherung zum Ende des Monats gekündigt werden, in dem der Eintritt der Versicherungspflicht nachgewiesen wird. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

Endet der gesetzliche Versicherungsschutz wieder, ohne dass bereits die Voraussetzungen für eine freiwillige Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind, ist eine Rückkehr zur privaten Krankenversicherung zu den vorherigen Tarifbedingungen und ohne Risikoprüfung möglich. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsvertrag vor der Kündigung für mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hatte.

Kündigung der Mitgliedschaft

Der gewählten Krankenkasse ist die Kündigungsbestätigung vorzulegen. Die Kündigung wird wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. dem Arbeitgeber) eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweisen (§ 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V). Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, müssen Sie die Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist Ihrer bisherigen Krankenkasse vorlegen.

Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie der zur Meldung verpflichteten Stelle oder - wenn diese nicht vorhanden ist - der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse- innerhalb der Kündigungsfrist einen Nachweis (z.B. des privaten Krankenversicherungsunternehmens) über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegen.

Informieren Sie uns bitte, wenn sich Ihre persönlichen Daten ändern, Sie eine Beschäftigung bei einem neuen Arbeitgeber aufnehmen oder Sie arbeitslos geworden sind.

Wenn Sie weitere Informationen wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Ein Anruf genügt: AOK-Service-Telefon 0800 2650800 (kostenfrei).

Ihre AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift