

Ja, ich wähle die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse der AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

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	Telefon*
Straße / Haus-Nr.		Handy*	
PLZ	Ort	E-Mail*	*freiwillige Angaben

Pflegeversicherung als Soldat*in auf Zeit (§ 21 Nr. 6 SGB XI)

Mit Wirkung ab dem _____ bin ich in das Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit berufen worden
(bitte eine Kopie der Ernennungsurkunde beifügen).

Pflegeversicherung als Versorgungsberechtigter (§ 21 Nrn. 1 - 5 SGB XI)

Mit Wirkung ab dem _____ beziehe ich die folgenden Versorgungsleistungen _____
(bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen).

Weiterversicherung

nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht (§ 26 Abs. 1 SGB XI)
 wegen Wohnsitzverlegung ins Ausland (§ 26 Abs. 2 SGB XI)

Zuletzt pflegeversichert

vom _____ bis _____ bei _____

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

- Meine Einnahmen betragen im Jahr _____ voraussichtlich mehr als _____ EUR (monatlich _____ EUR)
Weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente) erhalten.
- Arbeitseinkommen jährl. _____ EUR
 Gründungszuschuss, Einstiegsgeld mtl. _____ EUR
 Renten mtl. _____ EUR
 Versorgungsbezüge (Betriebsrenten) mtl. _____ EUR
 Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit mtl. _____ EUR
 Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Sparbücher, Wertpapiere) mtl. _____ EUR
 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mtl. _____ EUR
 Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mtl. _____ EUR
 sonstige Einnahmen (z. B. Abfindungen, Unterhaltszahlungen) mtl. _____ EUR
- Ich verfüge über keine Einnahmen bzw. mein/e Ehepartner/in / Lebenspartner/in¹ verfügt über höhere Einnahmen als ich.
- Mein Lebensunterhalt wird sicher gestellt durch Ersparnisse; Eltern oder Freunde; _____
- Mein/e Ehepartner/in / Lebenspartner/in¹ ist gesetzlich krankenversichert (weitere Angaben sind nicht erforderlich).
- Mein/e Ehepartner/in / Lebenspartner/in¹ ist nicht gesetzlich krankenversichert.

Einnahmen (bitte fügen Sie Nachweise bei) nur ausfüllen, wenn
Der/die nicht getrenntlebende Ehepartner/in / Lebenspartner/in¹
nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____

Anzahl der nicht gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____

¹ Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Seite 2

Name _____ Vorname _____

Elterneigenschaft

- Ein Nachweis über die Erfüllung der Elterneigenschaft liegt vor.
 Ein Nachweis über die Erfüllung der Elterneigenschaft wird nachgereicht.

Angaben zur Beitragszahlung

Die Beiträge werden per Dauerauftrag gezahlt.
 sollen abgebucht werden (bitte Lastschriftermächtigung beifügen)

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. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhangener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum _____

Unterschrift Kunde (bei unter 18-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Durchführung der Versicherung nach § 21 SGB XI bzw. § 26 SGB XI und der Beitragsbemessung nach § 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (fehlender Pflegeversicherungsschutz oder 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. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhangener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.