

Anmeldung zur freiwilligen Versicherung/OAV

1. Angaben zur Person

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Kinder ☐ ja (bitte zusätzlich die Erklärung zur Beitragsberechnung Pflegeversicherung ausfüllen)	☐ ich habe keine Kinder		
Steuer-Identifikationsnummer (des Versicherten)	Geburtsname/Geburtsort/Geburtsland		
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon*	E-Mail*

* freiwillige Angabe

☐ Ich bin beschäftigt bei:		
☐ Ich bin selbstständig seit:	Gewerbeart:	Betriebsnummer:
☐ Ich bin nicht erwerbstätig/Rentner/Schüler (z.B.):		

2. Angaben zur letzten Versicherung

vom	bis	Krankenkasse
☐ Familienversicherung endete am:		Grund (z. B. Ende der Schulausbildung):

3. Angaben zu Familienangehörigen

☐ keine Angehörigen

☐ Ehegatte	☐ Privatversichert bei	☐ Gesetzlich versichert bei	☐ Familienversichert bei
☐ Kinder	☐ Privatversichert bei	☐ Gesetzlich versichert bei	☐ Familienversichert bei

4. Einkommen:

☐ monatlich

☐ jährlich (bitte vorhandene Nachweise beifügen)

Einkommen aus	Selbstständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlung	Miete, Pacht, Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einkommen
Selbst	EUR				
Ehegatte	EUR				

Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften ein Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge?

☐ ja

☐ nein

5. Beitragszahlung

Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass die Beiträge pünktlich auf unserem Konto eingehen. Sofern Sie uns beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt zurücksenden, ziehen wir die Beiträge monatlich ein.

☐ Die Beiträge überweist mein Arbeitgeber

6. Hinweis zum Bürgerentlastungsgesetz

Die steuerliche Abzugsfähigkeit der gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung wurde ab dem Veranlagungsjahr 2010 verbessert. Damit Ihnen keine Nachteile entstehen (ggf. wird eine nichtelektronische Bescheinigung von den Finanzbehörden nicht anerkannt), übernehmen wir für Sie, entsprechend unserem gesetzlichen Auftrag, die Meldung an die Finanzverwaltung. Liegt uns Ihre Steueridentifikationsnummer nicht vor, fordern wir diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern an. Gerne können Sie uns Ihre Steuer-Identifikationsnummer auch persönlich mitteilen.

Datenschutzhinweis/Zweckbestimmung: Die o. g. Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB V i. V. m. § 175 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI zum Zwecke der Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft sowie zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als freiwillige Felder eingerichtet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter www.aok.de/bayern/widerruf wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter datenschutz@bv.aok.de.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Jede Änderung werde ich umgehend mitteilen und entsprechende Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) beilegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen können. Die dem Antrag beigefügten Hinweise über die Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters

Hinweise zur Anmeldung

Freiwillig versichern können sich

- Personen, die als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren.
- Ehegatten, Lebenspartner und Kinder eines Versicherten bei Wegfall der Familienversicherung, wenn sie oder der Elternteil die oben genannte Vorversicherungszeit erfüllen.
- Neugeborene ab Geburt, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung besteht und der gesetzlich versicherte Elternteil die oben genannte Vorversicherungszeit erfüllt.
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und versicherungsfrei sind.

Die Anmeldung zur freiwilligen Mitgliedschaft muss binnen drei Monaten nach Ende der letzten Versicherung erfolgen.

Der Versicherungsschutz beginnt

- grundsätzlich mit dem Tage des Beitritts.
- bei Personen, die bisher versicherungspflichtig waren, mit dem Tage nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht.
- bei Ehegatten und Kindern mit dem Tage nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung.

Beitrag

Der Beitrag bemisst sich nach dem Einkommen, sofern nicht gesetzliche Mindestbeträge gelten. Für mitversicherte Familienangehörige wird kein Mehrbetrag erhoben.

Zahltag/Fälligkeitstag

Die Beiträge sind bis zum 15. des Monats für den Vormonat zu zahlen, also rückwirkende Beitragszahlung.

Nichtzahlung der Beiträge

Für Beiträge, die nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt sind, sind monatlich Säumniszuschläge in Höhe von 1 v. H. des rückständigen, auf 50 EUR nach unten abgerundeten Beitrages zu erheben. Zudem werden ggf. Mahngebühren berechnet.

Zudem **enden die Leistungsansprüche**, wenn Beitragsanteile für 2 Monate nicht gezahlt wurden.

Unter den Voraussetzungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) ist die Übernahme der Beiträge durch den Sozialhilfeträger möglich.

Leistungen

Unser Leistungsangebot ist umfassend und schöpft alle gesetzlichen Möglichkeiten voll aus, und das vom ersten Tage an.

Gerne informieren wir Sie hierüber, aber auch über Zusatzversicherungen, ausführlich.

Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld besteht für freiwillig versicherte Arbeitnehmer (Übergrenzer).

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ist der Anspruch auf Krankengeld grundsätzlich ausgeschlossen es sei denn, das Mitglied erklärt, dass die Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Sprechen Sie hierzu mit Ihrem AOK Berater.

Pflegeversicherung

Nach dem Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“, wird mit der freiwilligen Krankenversicherung auch eine Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung begründet. Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung ist bundeseinheitlich geregelt.

Kinderlose Mitglieder zahlen ab Vollendung des 23. Lebensjahres einen monatlichen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Prozentpunkten. Ausgenommen sind Personen, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden.

Eine Befreiung von diesem Zuschlag ist möglich, wenn die Elterneigenschaft durch das Mitglied gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen wird.

Ab zwei Kindern (bis 25 Jahre) profitieren Sie von **Beitragsabschlägen** in der Pflegeversicherung.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

- bei Eintritt einer Pflichtversicherung,
- der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird (Abmeldebescheinigung erforderlich; ggf. besteht Weiterversicherungsmöglichkeit),
- mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem gekündigt wurde. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Bindungsfrist von 12 Monaten erfüllt ist. Dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse begründet werden soll.

Hinweise zur Sozialversicherung für Selbstständige:

Anders als Beschäftigte sind Selbstständige im Regelfall nicht automatisch in anderen Sozialversicherungszweigen versichert; ggf. bestehen jedoch (Weiter-)Versicherungsmöglichkeiten.

Sprechen Sie hierzu in jedem Fall mit den Beratern der zuständigen Auskunft- und Beratungsstellen.

Rentenversicherung

Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung (Beratungsstellen im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung.de.)

Unfallversicherung

Die für Sie zuständige Berufsgenossenschaft erfahren Sie beim Spitzenverband

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Glinkastr. 40
10117 Berlin
Telefon: (0 30) 13001-0
Internet: www.dguv.de

Arbeitslosenversicherung

Bei Fragen zur freiwilligen Weiterversicherung setzen Sie sich bitte rechtzeitig mit Ihrer Agentur für Arbeit vor Ort in Verbindung (Internet: www.arbeitsagentur.de).

Erklärung zur Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung

Nach dem Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG) zahlen Eltern einen günstigeren Beitragssatz zur Pflegeversicherung. Von Kinderlosen ist ab 01.07.2023 ein Zuschlag von 0,6 Prozent aufzubringen. Die Gesetzesregelung erfasst alle Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet und keine Kinder erziehen oder erzogen haben. Personen, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, sind von der Regelung des KiBG ausgenommen.

Mitglieder, die Kinder erziehen oder erzogen haben, können den erhöhten Beitrag vermeiden und bares Geld sparen. Dazu muss der Pflegekasse die sogenannte „Elterneigenschaft“ mitgeteilt werden. Solange diese Information nicht vorliegt, gelten alle Mitglieder als kinderlos.

Ab dem zweiten bis maximal fünften Kind unter 25 Jahre können wir für jedes Kind einen Beitragsabschlag von 0,25 Prozent berücksichtigen. Bitte **ergänzen Sie für jedes Kind** die jeweilige Zeile. Haben Sie mehr als 5 Kinder unter 25 Jahre, dann tragen Sie bitte nur die fünf jüngsten Kinder ein.

Ab **01.07.2025** werden berücksichtigungsfähige Kinder, vorausgesetzt sie sind bei den Finanzbehörden bekannt, maschinell an die Pflegekasse gemeldet („digitales Verfahren“). Die Meldung ist **Grundlage** für mögliche Beitragsabschläge, sofern durch Sie **keine Nachweise** für weitere Kinder unter 25 Jahren erbracht werden.

Wichtiger Hinweis: Im digitalen Verfahren werden im Regelfall

- Stiefkinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres, bzw.
- Kinder unter 25 Jahren, die nicht in Deutschland leben

nicht durch die Finanzbehörden übermittelt. Für diese Kinder ist immer ein entsprechender Nachweis (vgl. Rückseite) erforderlich.

Die eingereichten Dokumente werden für die weitere Bearbeitung digitalisiert. Bitte beachten Sie, dass wir eingereichte Originalbelege aus technischen Gründen **nicht** zurückschicken können.

☐ erstes Kind	Leibliches Kind ☐	
	Stiefkind bzw. Kind im Ausland* ☐	Name, Vorname, Geburtsdatum
	*bitte Nachweis beifügen	
☐ zweites Kind	Leibliches Kind ☐	
	Stiefkind bzw. Kind im Ausland* ☐	Name, Vorname, Geburtsdatum
	*bitte Nachweis beifügen	
☐ drittes Kind	Leibliches Kind ☐	
	Stiefkind bzw. Kind im Ausland* ☐	Name, Vorname, Geburtsdatum
	*bitte Nachweis beifügen	
☐ viertes Kind	Leibliches Kind ☐	
	Stiefkind bzw. Kind im Ausland* ☐	Name, Vorname, Geburtsdatum
	*bitte Nachweis beifügen	
☐ fünftes Kind	Leibliches Kind ☐	
	Stiefkind bzw. Kind im Ausland* ☐	Name, Vorname, Geburtsdatum
	*bitte Nachweis beifügen	

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ab wann gilt die Befreiung vom Zuschlag bzw. wirken Beitragsabschläge?

Nach der Geburt eines Kindes sollte der Nachweis innerhalb von drei Monaten vorgelegt werden, damit die Befreiung vom „Beitragszuschlag“ bzw. Beitragsabschlägen ab Beginn des Geburtsmonats wirkt. Ansonsten wirkt die Befreiung ab Beginn des folgenden Monats, in dem Mitglieder ihre Elterneigenschaft nachgewiesen haben.

Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Beitragsberechnung nach § 55 Abs. 3 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu einer erhöhten Beitragsberechnung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter datenschutz@by.aok.de.

Datum, Unterschrift

Hinweis zu Kindern:

- Kinder sind:**
- **Leibliche Kinder**
 - **Adoptivkinder**
 - **Stiefkinder**
 - **Pflegekinder**

Welche Nachweise * werden benötigt?

Für leibliche Kinder und Adoptivkinder

- Geburtsurkunde oder
- internationale Geburtsurkunde „Mehrsprachiger Auszug aus Personenstandsbüchern“ oder
- Abstammungsurkunde oder
- beglaubigte Abschrift aus dem Geburtenbuch des Standesamtes oder
- beglaubigte Abschrift oder Auszug aus dem Familienbuch
- für adoptierte Kinder zusätzlich die Adoptions-Urkunde

Für Stiefkinder

- Ihre Heiratsurkunde oder Nachweis über Eintragung einer Lebenspartnerschaft und Geburtsurkunde des Kindes und
- Meldebescheinigung des Kindes

Für Pflegekinder

- Kindergeldbescheid oder
- Schreiben des Jugendamtes über die Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses

* Es reicht aus, wenn Sie die Nachweise als Kopie zur Verfügung stellen.

Wichtig:

Bestehen Abweichungen zwischen den Rückmeldungen im digitalen Verfahren und Ihren Selbstangaben, erhalten Sie einen geänderten Beitragsbescheid. Berücksichtigungsfähige Kinder, die nicht automatisch gemeldet wurden (z.B. Stiefkinder), müssen durch Sie nachgewiesen werden.

Zurück an

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Adressmanagement
Postfach 2016
92218 Amberg

Erfahren Sie wichtige Neuigkeiten noch schneller

Gute Nachrichten möchte man so schnell wie möglich wissen, oder? Deshalb informieren wir Sie künftig gerne noch früher, wenn wir Ihnen neue Zusatzleistungen und Services anbieten können.

Ganz einfach: **Ergänzen Sie Ihre Kontaktdaten** auf dem Formular unten und **schicken Sie es uns anschließend per Post**. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

☐

männlich

☐

weiblich

☐

divers

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Adresse geändert? Meine neue Anschrift

Telefon mobil *

Telefon Festnetz *

E-Mail *

Einwilligung:

☐

Ja, ich möchte bis auf Widerruf von der AOK Bayern individuelle Angebote und Informationen zu Versicherungsleistungen sowie zu privaten Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners per E-Mail, SMS/MMS, Messenger Diensten und Telefon an die von mir angegebenen Kontaktadressen erhalten. Die AOK Bayern darf zum Zweck der Personalisierung von Inhalten, auch unter Nutzung von Methoden zur Wiedererkennung, Informationen aus meiner Interaktion mit dem E-Mail-Newsletter erfassen, u.a. welche E-Mails oder Links geöffnet werden, und diese Informationen mit weiteren Daten, u.a. aus meinem Versicherungsverhältnis und von mir auf Webseiten der AOK Bayern ausgefüllten Formularen, zu einem Interessenprofil zusammenführen. Meine Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich darauf, dass auch Gesundheitsdaten in diese Profilbildung aufgenommen werden dürfen. Mein Widerrufsrecht kann ich jederzeit wahrnehmen. Ausführliche Angaben zum Umfang der Verarbeitung meiner Daten finde ich in der Datenschutzerklärung, die im Internet unter www.aok.de/bayern/datenschutzerklaerung sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.

Datum, Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Service-Center
92400 Amberg

Ihre Versichertennummer:

Hiermit ermächtige ich die AOK Bayern, ab _____ die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Bayern auf mein Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Vorname:
Straße und Hausnummer:
Postleitzahl und Ort:
ggf. abweichender Kontoinhaber (Name, Vorname und Anschrift):
Name Kreditinstitut:
IBAN:
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. des abweichenden Kontoinhabers)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI i. V. m. § 23 SGB IV zum Zwecke der rechtzeitigen Beitragszahlung verarbeitet. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund Ihrer oben erteilten Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter www.aok.de/bayern/widerruf wahrnehmen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.