

Mitglied werden bei der

## AOK Baden-Württemberg

Ganz einfach:

1. Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
2. Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
3. Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite.
4. Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
  - per Email an [antrag@DieLehrerBerater.de](mailto:antrag@DieLehrerBerater.de) senden
  - per Post an  
DieLehrerBerater.de – Gartenstraße 21 – 79098 Freiburg
5. Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
6. Fertig. Sie kommen in den Genuss aller Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse.

**Hinweise:** Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab ein Beratungsgespräch in Anspruch nehmen. Ob und in wie weit eine Kündigung sinnvoll ist. Terminvereinbarung unter 0761-21702923 oder per E-Mail [info@DieLehrerBerater.de](mailto:info@DieLehrerBerater.de)  
**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.  
Mehr Infos auf <https://dielehrerberater.de/datenschutz/>

Vor- und Nachname:

Versichertennummer:



# rage gen für die ufnahme in die amilien ersicherung

## llgemeine nga en des Mitglieds

- ▶ ch war bisher
  - im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
  - im Rahmen einer amilienversicherung
  - nicht gesetzlich krankenversichert
- >

}

versichert bei \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse
- ▶ Ihr amilien-stand:
  - ledig
  - verheiratet seit \_\_\_\_\_
  - getrennt lebend seit \_\_\_\_\_
  - verwitwet seit \_\_\_\_\_
  - geschieden seit \_\_\_\_\_
  - eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit \_\_\_\_\_  
in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- Ich habe keine Familienangehörigen, die mitversichert werden sollen. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall nur auf der zweiten Seite.
- ▶ Anlass für die Aufnahme in die amilienversicherung:
  - Beginn meiner Mitgliedschaft
  - Geburt des Kindes
  - Heirat
  - Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
  - Sonstiges \_\_\_\_\_
  - Zuzug aus dem Ausland
- ▶ Beginn der amilienversicherung \_\_\_\_\_  
Bei Rückfragen (freiwillige Angabe)
- ▶ Meine Telefonnummer \_\_\_\_\_
- ▶ Meine -Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## nga en u amilienangeh rigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. **Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

llgemeine nga en u amilienangeh rigen				
	hegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
ügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn hr hegatte Lebenspartner bzw. hre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht m männlich, w weiblich, x = unbestimmt	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> nkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> nkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> nkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
st der hegatte mit dem Kind verwandt Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Bitte unterschreiben Sie auf Seite .

Vor- und Nachname:	Versichertennummer:
--------------------	---------------------

**Angaben zur letzten bisherigen der zuletzt bestehenden Versicherung der Familienangehörigen**

	hegatte	Kind	Kind	Kind
Vorname				
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: Name der Krankenkasse				
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Vorname  Nachname	Vorname  Nachname	Vorname  Nachname	Vorname  Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Name der Krankenkasse Krankenversicherung				

**Angaben zu weiteren Familienangehörigen**

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)				
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten monatlicher Zahlbetrag				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatlich Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Schulbesuch Studium Bitte bei Kindern ab 6 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen		vom bis	vom bis	vom bis
Mehrdienst oder gesetzlich geregelter freiwilliger Dienst Bitte Bescheinigung beifügen		vom bis	vom bis	vom bis

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige**

eigene Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben sind nur notwendig, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort und Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und erkläre, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und erkläre, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.**

<input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Datum (TTMMJJJJ)	Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.
--	---	---

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V; § 7 KVLG und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei der Durchführung der Familienversicherung führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok-bw.de/datenschutzrechte](http://www.aok-bw.de/datenschutzrechte).

An

[Redacted]

Bisherige Krankenkasse

[Redacted]

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer: [Redacted]  
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:

[Redacted]

Name

[Redacted]

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

[Redacted]

Datum

Unterschrift