

Sie erreichen uns rund um die Uhr
an 365 Tagen unter
0211 8195-1839

Absender
Tevi Guillaume Obed
Lawson-Boemigan
Luxemburger Str. 44
50674 Köln

Versichertennummer:
Y646376074

AOK Rheinland/Hamburg
40466 Düsseldorf

Bitte machen Sie Angaben über Ihren Versicherungsschutz ab 18.01.2022.
Tevi Guillaume Obed Lawson-Boemigan, geb. am 10.01.1950

1. Versicherung

Sind Sie aktuell oder werden Sie in Kürze wieder versichert?

- ja, ab dem

--	--	--	--	--	--	--	--

 Datum (TTMMJJJJ)

weiter bei 2

nein

weiter bei 4

2. Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse sind/werden Sie versichert?

- Bei der AOK Rheinland/Hamburg
- Bei folgender Krankenkasse:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Name der Krankenkasse

Ich bin/werde dort familienversichert

Ich bin/werde dort selbst versichert

Fügen Sie bitte unbedingt eine Versicherungsbescheinigung dieser
Krankenkasse bei!

Versicherung/Absicherung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bin/werde privat Versicherter

Ich bin/werde Beihilfeberechtigter

Ich habe Anspruch auf freie Heilfürsorge

In diesen Fällen benötigen wir unbedingt einen Nachweis über die
Absicherung! Bitte fügen Sie diesen der Antwort bei.

00476



BATCH
9999 RH GLOBAL R_0020



3. Versicherungsart

Ich werde/möchte bei der AOK Rheinland/Hamburg wie folgt versichert sein:

Familienversichert über

Vorname, Name

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

weiter bei 7

Selbst versichert als

Arbeitnehmer Auszubildender

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebs

Student Rentner Arbeitslosen-/Bürgergeldbezieher

freiwilliges Mitglied Sonstiges:

4. Angaben zur Tätigkeit

Selbstständig als

Arbeitsstunden/Woche: Anzahl Beschäftigte:

Arbeitnehmer Hausfrau/-mann Rentenantragsteller Schüler
 Student Beamter Pensionär Rentner

Arbeitslosengeld II- Arbeitslosengeld-

/Bürgergeldbezieher bezieher

Sozialhilfebezieher *In Bewilligung*

Ich beziehe Sozialhilfe und möchte freiwilliges Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg werden, sofern die obligatorische Anschlussversicherung nicht möglich ist.

Weiter bei 5

5 Angaben zur Person

5.1 Familienstand

ledig verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft

verwitwet geschieden getrennt lebend

5.2 Ich habe eigene Kinder, Adoptiv-, Stief- oder Pflegokinder

nein ja – bitte fügen Sie einen Nachweis bei

5.3 Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Mein Ehegatte bzw. Lebenspartner ist

- über mich bei der AOK Rheinland/Hamburg familienversichert
- selbst krankenversichert bei
- familienversichert bei
- nicht gesetzlich krankenversichert

Bitte nur ausfüllen, wenn der nicht getrennt lebende Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert ist
Einnahmen brutto, inklusive Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld) – bitte fügen Sie Nachweise bei –

. . . . EUR

monatlich

. . . . EUR

jährlich

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder

Anzahl der nicht gemeinsamen, verwandten unterhaltsberechtigten Kinder Ihres Ehe- oder Lebenspartners

6. Angaben zu den monatlichen Bruttoeinnahmen

Arbeitseinkommen (Gehalt, Lohn, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld etc.)

. . . EUR

– bitte fügen Sie die letzte Lohn-/Gehaltsabrechnung und ggf. einen Nachweis über die Einmalzahlung bei –

Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit

– entsprechend dem letzten Einkommensteuerbescheid, bitte beifügen –

. . . EUR

Rente Pension Betriebsrente/Ruhegeld

. . . EUR

– bitte fügen Sie aktuelle Bescheide bei –

Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung

– bitte fügen Sie Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid, Bestätigung des Steuerberaters, Aufstellung über Einnahmen und Ausgaben mit entsprechenden Belegen) bei –

. . . EUR

Zinseinnahmen

– bitte fügen Sie Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid, Zinsscheinlagen, Bestätigung des Steuerberaters) bei –

. . . EUR

Sonstige Einnahmen

– bitte fügen Sie aktuelle Bescheide bei –

Hilfe zum Lebensunterhalt Grundsicherungsleistungen

– bitte fügen Sie aktuelle Bescheide bei –

00477

00477

Keine eigenen Einnahmen

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt
durch (z. B. Eltern, sonstige Personen)

Vorname Name

nur freie Verpflegung und Unterkunft

Art der monatlichen Unterstützungsleistung

EUR

Ich versichere, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Änderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige, verspätete oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. Eine rückwirkende Beitragserstattung ist nicht möglich.

7. Unterschrift und Kontaktdataen

Wie können wir Sie tagsüber erreichen, damit wir noch offene Fragen schnell und unkompliziert besprechen können?

015154920580

Telefon*

jcmwick.lawson@protonmail.com

E-Mail*

Fax

15102023

Datum (TTMMJJJJ)

Unterschrift

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI zum Zwecke der Prüfung nach § 188 Abs. 4 SGB V, der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI und der Beitragsberechnung nach §§ 227 und 240 SGB V sowie § 50 Abs. 3 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbelägen Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rh/datenschutzrechte> oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@aok.de.

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.