

Studenten-Service/ Student Service

Erklärung zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung

Declaration regarding student health and nursing care insurance

AOK - Die Gesundheitskasse

Christian Strauß

Schlüterstr. 22, 20146 Hamburg
Telefon: 040-20232212
E-Mail Christian.Strauss@rh.aok.de

Name, Vorname
Name, first name

Versichertennummer
Insurance number

Rentenversicherungsnummer
Pension insurance number

Straße Nr.
Street, no.

Geburtsdatum
Date of birth

Staatsangehörigkeit
Nationality

Geburtsort
Place of birth

Geburtsnachname
Surname at birth

Plz Ort
Post code, town

Telefon*
Telephone*

Mobil*
Mobile*

weiblich männlich
female male

Geschlecht
Sex

E-Mail*
E-mail*

**Ich möchte Mitglied der AOK werden.
I would like to become a member of AOK.**

**Versicherungsbeginn:
Start of insurance in
Hamburg:**

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert:
In the last 18 months I was insured as follows:

vom
From

bis
until

bei
with

Name der Krankenkasse
Name of the health insurance company

Familienversichert
Insured as family member

selbst versichert
Own insurance

Meine Studiendaten:

My study details at host university:

Hoch / Fachhochschule:
University/university of applied sciences:

Studienort:
Place of study:

Fachrichtung:
Subject:

Matrikelnr.:
Matriculation no.:

Studienbeginn:
Start of guest studies:

voraussichtliches Studienende:
Expected end of guest studies:

Studienzeit
Length of guest studies

Semester
Semesters

Studiensemester
Study semester at host uni

**Meine Anschrift am Studienort:
My address at place of study in Hamburg:**

- Ich zahle die Beiträge für das Semester im voraus.
I am paying the contributions for the semester in advance.

Buchen Sie bitte meinen monatlichen Beitrag bis auf Widerruf von meinem/folgendem Konto ab.
Please debit my monthly contribution until revoked from my/the following account.

Geldinstitut
Bank

Kontonummer
Account number

Bankleitzahl
Sort code

Name des Kontoinhabers
Name of account holder

Datum
Date

Unterschrift
Signature

ggf. Unterschrift des Kontoinhabers
If applicable, signature of account holder

Hinweis: Die Beiträge sind grundsätzlich vor Semesterbeginn im voraus für das Semester zu entrichten.
Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung werden die Beiträge monatlich am 15. für den Vormonat fällig.

* Die Angabe der Telefonnummern und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Note: The contributions must generally be paid in advance for the semester before the start of the semester. If direct debit authorisation is granted, the contributions shall fall due every month on the 15th day for the previous month.

* The inclusion of telephone numbers and e-mail address is voluntary.



Please leave this page blank. Details about bank account in Hamburg and address can be given once you get to Hamburg

Studenten-Service/ Student Service

Erklärung zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung

Declaration regarding student health and nursing care insurance

Name, Vorname
Name, first name

Geburtsdatum
Date of birth

**Weitere Angaben:
Additional details:**

Ich habe im Krankheitsfalle Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen oder anderen Vorschriften.
In the event of illness I am entitled to assistance or free health care according to statutory civil service regulations or other regulations.

nein
No

 ja, bis zum
Yes, until

Ich habe Anspruch auf Leistungen nach dem über-/ zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht (Anspruchsschein des Krankenversicherungsträgers des Herkunftslandes liegt bei.)
I am entitled to benefits according to supranational/ international health insurance law (entitlement certificate of the health insurance authority of the country of origin is enclosed).

nein
No

 ja, bis zum
Yes, until

Ich wurde in der Vergangenheit durch eine Krankenkasse von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung der Studenten befreit.
I was exempted in the past by a health insurance company from compulsory coverage concerning health insurance for students.

nein
No

 ja, am
Yes, on
durch
By

Ich übe neben dem Studium eine selbständige Tätigkeit aus.
While studying, I work on a self-employed basis.

nein
No

 ja, bis zum
Yes, until

- Art:
Type of work:
- wöchentliche Arbeitszeit:
Weekly working hours:
- monatliches Arbeitseinkommen:
Monthly employment income:

Ich übe neben dem Studium eine Beschäftigung aus.
While studying, I am in employment.

nein
No

 ja, bis zum
Yes, until

- Arbeitgeber:
Employer:
- wöchentliche Arbeitszeit:
Weekly working hours:

- überwiegend am Wochenende, des Nachts oder in den Abendstunden nein No
- *Mainly at the weekend, during the night or in the evening:* ja Yes

- monatliches Arbeitsentgelt:
• *Monthly employment income:*

- befristet bis:
• *Fixed-term work until:*

Ich beziehe eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung.
I receive a pension from the statutory pension insurance system.

- nein No
- ja Yes

- Rentenversicherungsträger
• *Pension insurance authority:*

- Beginn und ggf. Ende
• *Start and if applicable end:*

- monatliche Höhe:
• *Monthly amount:*

Ich beziehe Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrenten).
I receive pension benefits (e.g. company pension).

- nein No
- ja Yes

- Zahlstelle:
• *Paying office:*

- Beginn und ggf. Ende
• *Start and if applicable end:*

- monatliche Höhe:
• *Monthly amount:*

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung längstens bis zum Ende des 14. Fachsemesters und nicht über die Vollendung des 30. Lebensjahres hinaus fortbestehen kann und dass eine Verlängerung nur in Ausnahmefällen möglich ist. Über einen Wechsel des Studienfaches und andere Änderungen, insbesondere bezogen auf mein Einkommen, werde ich die AOK unverzüglich informieren.

I confirm that the details are correct. I have been informed that membership of the student health insurance system can continue until the end of the 14th subject semester at the latest and not over the age of thirty and that an extension is only possible in exceptional cases. I will inform AOK without delay of a change of course of study and of other changes, especially related to my income.

Datum
Date

Unterschrift
Signature