

# Studenten-Service / Student Service

## Erklärung zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung

Declaration relating to student healthcare and long-term care insurance

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

Healthcare Insurance

Regionaldirektion Hamburg

Studenten-Service

AOK Postfach 10 13 42 40004 Düsseldorf

Ihre Gesprächspartnerin

**Nadine Seehaus**

Durchwahl

(040) 20 23 - 22 12

Internet

[www.aok.de/rh](http://www.aok.de/rh)

E-Mail

[aok@rh.aok.de](mailto:aok@rh.aok.de)

Name, Vorname / Surname, First name

Straße Nr. / Street House number

PLZ Ort / Zip Code Town/City

weiblich  female männlich  male

Geschlecht / Gender

Versichertennummer  
No. of insured party

Geburtsdatum / Date of birth

Geburtsort / Place of birth

Telefon / Telephone\*

E-Mail\*

Rentenversicherungsnummer  
Pension insurance No.

Staatsangehörigkeit / Nationality

Geburtsname / Name at birth

Mobil / Mobile\*

### Ich möchte Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg werden / I would like to join AOK Rheinland/ Hamburg

Versicherungsbeginn:

2 0

Start of insurance cover

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

Vom  
from

**Geburt**

Bis  
to

Bei  
with

**Im Heimatland**

Name der Krankenkasse / Name of Healthcare Insurance

familienversichert

Under family insurance cover

selbst versichert

Under my own insurance

### Meine Studiendaten / My study particulars

Hoch-/Fachhochschule:  
University/College:

**HAW Hamburg**

Studienort:

Place of study:

**Hamburg**

Fachrichtung:  
Faculty:

Matrikelnr.:

EnrollmentNo.

Studienbeginn:  
Begin of studies:

Voraussichtliches Studienende:  
Likely completion:

Regelstudienzeit:  
Standard period of study:

Semester  
semester

Zurzeit studiere ich im  
At the moment. I am in the

Fachsemester  
semester

### Meine Anschrift am Studienort / My address at the place of study

#### Hinweis:

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

\* You are not obliged to specify telephone numbers or your e-mail address. Such information is voluntary.

## Studenten-Service / Student Service

Erklärung zur studentischen Kranken- und  
Pflegeversicherung

*Declaration relating to student healthcare and long-term care  
insurance*

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

*Healthcare Insurance*

Blatt 2

Name, Vorname / Surname, First name

Geburtsdatum / Date of birth

### Weitere Angaben: / Further Particulars:

- Ich zahle die Beiträge für das Semester im Voraus.  
*I'm going to pay the fees for the semester in advance.*
- Buchen Sie bitte meinen monatlichen Beitrag bis auf Widerruf von meinem/folgendem Konto ab.  
*Until further notice, please have the monthly contribution booked from my/ the following account*

### Meine Bankverbindung / My banking particulars

Geldinstitut / Name of bank

Kontonummer / Account number

Name des Kontoinhabers / Name of account holder

Bankleitzahl / Bank identification number

Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Unterzeichner)  
*Signature of account holder (if not the undersigned)*

Datum / Date

Unterschrift / Signature

**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.

**Please note:** In general contributions are to be paid in advance of the semester. If direct debit is authorized, the contributions become due for payment on the 15<sup>th</sup> of the month for the previous month.

Ich habe meine Abitur- / Fachabiturprüfung abgelegt am  
*When did you pass the „Abitur“ (German Baccalaureate) or  
the vocational baccalaureate?*

Datum / Date:

Erstmalig habe ich ein Studium aufgenommen am  
*I took up on my studies for the first time on*

Datum / Date:

Handelt es sich um ein Promotionsstudium?  
*Is it a PhD program?*

Ja / Yes  Nein / No

Sind Sie zur wissenschaftlichen Weiterbildung eingeschrieben?  
*Are You for scientific advanced training registered?*

Ja / Yes  Nein / No

Um welche Studienart handelt es sich?  
*What kind of degree do you get?*

Bachelor  Master

Ich habe im Krankheitsfalle Anspruch auf Beihilfe oder freie  
Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen oder anderen  
Vorschriften.

Nein / No

*In the case of sickness, I am entitled to benefits or free health  
care subject to regulations governing the civil service or others*

Ja, bis zum  
Yes, until

# Studenten-Service / Student Service

Erklärung zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung

*Declaration relating to student healthcare and long-term care insurance*

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

*Healthcare Insurance*

Blatt 3

Name, Vorname / Surname, First name

Geburtsdatum / Date of birth

## Weitere Angaben: / Further Particulars:

Ich habe Anspruch auf Leistungen nach dem über-/zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht (Anspruchsschein des Krankenversicherungsträgers des Herkunftslandes liegt bei.)  
*I am entitled to healthcare subject to international / member state health insurance law (claim form from state of origin enclosed)*

Nein / No

Ja, bis zum  
Yes, until

Ich wurde in der Vergangenheit durch eine Krankenkasse von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung der Studenten befreit.  
*In the past I was exempted from mandatory student healthcare insurance by a healthcare insurance company*

Nein / No

Ja, am  
Yes, on

durch / by

Ich übe neben dem Studium eine selbstständige Tätigkeit aus.  
*Parallel to my studies, I am self-employed*

Nein / No

Ja, bis zum  
Yes, until

- Art: / Nature:
- Wöchentliche Arbeitszeit:  
Weekly working hours:
- Monatliches Arbeitseinkommen:  
Monthly working income:

## Weitere Angaben: / Further Particulars:

Ich übe neben dem Studium eine Beschäftigung aus.  
*Parallel to my studies I am employed*

Nein / No

Ja, bis zum  
Yes, until

- Arbeitgeber: / Employer:
- Wöchentliche Arbeitszeit:  
Weekly working hours:
- Überwiegend am Wochenende, des Nachts oder in den Abendstunden  
*Mainly at weekends, at night or during the evening*
- Monatliches Arbeitsentgelt:  
Monthly remuneration:
- Befristet bis: / Only until:

Nein / No

Ja / Yes

Ich beziehe eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung.  
*I receive a pension from the statutory pension scheme*

Nein / No

Ja / Yes

- Rentenversicherungsträger: / Pension Body:
- Beginn und ggf. Ende:  
Beginning and if applicable end:
- Monatliche Höhe: / Monthly amount:

## Studenten-Service / *Student Service*

Erklärung zur studentischen Kranken- und  
Pflegeversicherung

*Declaration relating to student healthcare and long-term care  
insurance*

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

*Healthcare Insurance*

Blatt 4

Name, Vorname / *Surname, First name*

Geburtsdatum / *Date of birth*

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

Nein / *No*

Ja / *Yes*

- Zahlstelle: / *Paying office:*
- Beginn und ggf. Ende:  
*Beginning 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 spätestens 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 Rheinland/Hamburg unverzüglich informieren.

*I herewith confirm that the above particulars are accurate. I understand that membership in the student healthcare insurance is at most restricted to the 14<sup>th</sup> semester and that it cannot exceed completion of my 30<sup>th</sup> year of life. I also appreciate that it is only possible to extend it in exceptional circumstances. I will inform AOK Rheinland/Hamburg immediately of any change in my course of study and of any other changes, particularly in respect of my income.*

Datum / *Date*

Unterschrift / *Signature*