

**Anmeldung  
zur freiwilligen Krankenversicherung  
und  
zur sozialen Pflegeversicherung**

Name/Vorname <i>Kaiser, Manuel</i>	Telefon-Nr. <i>0172/1604550</i>	Geburtsdatum <i>22.07.1998</i>	Vers.-Nr. <i>A238 017 244</i>
Straße <i>Bildweg 12</i>	RV-Nr. <i>63220798 K023</i>	E-Mail	
PLZ/Ort <i>55483 Frankfurt-Hahn</i>	Geburtsname <i>Kaiser</i>	Staatsangehörigkeit <i>Deutsch</i>	
Erziehen Sie Kinder oder haben Sie Kinder erzogen? (wichtig zur Feststellung der Beitragshöhe zur Pflegekasse)	Geburtsort <i>Mainz</i>	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input checked="" type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja (Nachweis/Geburtsurkunde beifügen)			

**Abweichender Empfänger: Erziehungsberechtigter/Betreuer** (bei Betreuer bitte Nachweis beifügen)

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße	Telefon-Nr.
PLZ/Ort	

Ich war zuletzt versichert bei (Name d. Krankenkasse - bitte Nachweis beifügen) von bis  
*AOK Hessen* *01.10.2020* *31.03.2024*

Jetzige Beschäftigung oder Tätigkeit (Arbeitgeber/selbstständig/Schulbesuch usw.)

*beschäftigt als Ingenieur*

☐ Ich bin selbstständig Gründungszuschuss ja ☐ Steuerberater  
(Gewerbeanmeldung beifügen) (Nachweis beifügen)

Name der Firma: *NEKA GmbH* Betriebsnummer:

Ich beantrage die Versicherung  
☐ ohne Anspruch auf Krankengeld ☒ mit Anspruch auf Krankengeld  
Versicherungsbeginn *01.06.2024*

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich zur Zeit nicht arbeitsunfähig erkrankt bin. Mir ist bekannt, dass wenn zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung zum Krankengeldanspruch Arbeitsunfähigkeit besteht oder zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit eintritt, die Wahlerklärung erst zu dem Tag wirkt, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats. Tritt am Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld.

**Ich habe Familienangehörige, die bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland beitragsfrei mitversichert werden sollen**

☒ Ja (Vordruck AOK Familienversicherung ausfüllen) ☐ Nein  
☐ mein Ehegatte ist privat versichert ☐ mein Ehegatte ist gesetzlich versichert

Bitte wenden