AOK Die Gesundheitskasse. | BADEN-WÜRTTEMBERG

Exemption from compulsory statutory health insurance as a student

Befreiung von der staatlichen Pflichtkrankenversicherung für Studenten

For your security: The data is collected and processed so we can meet our responsibilities pursuant to § 284 Abs. 1 Vol. 1 No. 1 SGB V and § 94 Abs. 1 No. 1 SGB XI in combination with § 8 Abs 1 No. 5 SGB V. According to § 60 SGB I and § 206 SGB V, your participation is required. Please note: You cannot get an exemption of the student insurance from AOK Baden-Württemberg if the required data is not provided. Information about your field and duration of study is optional. We are permitted to share your data with third parties of service providers we have commissioned within the scope of related statutory requirements and notification authorizations. For more information affiliated with the processing of your data and your pertinent rights, please visit www.aok-bw.de/datenschutzrechte. Upon request, we will be pleased to provide hard copy information to you. If you should have any questions, please contact the AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart, Germany or our data privacy officer at datenschutz@bw.aok.de. The disclosure of your phone number and e-mail address is optional; however, it will facilitate our work in the event that questions arise.

We will process your personal data under acceptance of the EU-DSGVO.

Personal Details
Angaben zur Person

Name, First Name
Nachname, Vorname

address, Street
Anschrift, Straße: Your current address in Reutlingen

Post Code, Town
PLZ, Ort: 7276 2(= close to Campus) or 4 (city center), Reutlingen

Pension registration number
RV-Nr.: Not needed

or date of birth
oder Geburtsdatum

Nationality
Staatsangehörigkeit

Sex
Geschlecht: ☐ Female weiblich ☐ Male männlich

Telephone./E-Mail*
Telefon/E-Mail

- Course subjects*
  Studienfach: Name of your study program: Exchange Students
- Study time*
  Studienzeit: beginning 01.09. or 01.03.+YYYY ending 28.02. or 31.08.+YYYY
  Beginn Ende

Birthname
Geburtsname: Only if different from current family name

Birthplace
Geburtsort: City and Country

* voluntary information :*freiwillige Angaben

My application of exemption
Mein Antrag auf Befreiung

I´m from summer-/winter-semester 20 YY/ YY enrolled
Ich bin ab Sommer-/Winter-Semester eingeschrieben

- at the University
  an der Hochschule: Hochschule Reutlingen
- Address
  Anschrift: Alteburgstrasse 150, 72762 Reutlingen
- Day of enrollment
  Tag der Einschreibung: 01.09. or 01.03.+YYYY

and apply for exemption from the health insurance for students
und beantrage die Befreiung von der Krankenversicherung für Studenten.

- I enclosed a proof about a different protection in the case of illness (private health insurance policy)
  Einen Nachweis über anderweitige Absicherung im Krankheitsfall habe ich beigefügt (Private Krankenversicherungspolice)

Name, First Name
Nachname, Vorname

Information about insurance

Angaben zur Versicherung

- I am/was directly before the beginning of the compulsory student insurance (the day before) liable to insurance deductions member of a compulsory health insurance (p. ex. as employee, pensioner, unemployed benefit)

  Ich bin/war unmittelbar vor dem Eintritt (am Tag vorher) in die Krankenversicherungspflicht der Studierenden versicherungspflichtiges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. Arbeitnehmer, Waisenrentner, Bezieher von Arbeitslosengeld).

- ☐ Yes ja ☐ No nein

I have read the information sheet. I am aware that the exemption applies for the entire time of studying and is irrevocable.
Das Informationsblatt habe ich durchgelesen. Mir ist bekannt, dass die Befreiung für das gesamte Studium gilt und unwiderruflich ist.

Date Signature

I agree that the AOK internally stores and uses my data (eg by phone or e-mail) about health insurance issues and the benefits of becoming an AOK member inform and advise. You can withdraw your consent at any time, then the data is deleted again. With my signature, I also declare that I have this consent volunteer.

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK meine Daten intern speichert und nutzt, um (z. B. telefonisch oder per E-Mail) über die Belange der Krankenversicherung und die Vorteile einer AOK-Mitgliedschaft informieren und beraten zu können. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit zurücknehmen, dann werden die Daten wieder gelöscht. Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile.

Date Signature