

Ich beantrage die Mitgliedschaft als **versicherungspflichtige/r Student/in** ab dem _____

Titel		Name		Vorname		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum			Geburtsname, Geburtsort/-land			Familienstand	
Straße mit Hausnummer						Staatsangehörigkeit	
PLZ / Ort						Rentenversicherungsnummer*	
Telefon tagsüber			E-Mail			Lebenslange Krankenversicherungsnummer	

Angaben zum Studium

Wichtig: Bitte legen Sie eine **aktuelle Immatrikulationsbescheinigung** bei

Semesterbeginn:		Derzeitiges Fachsemester:	
Einschreibung/Rückmeldung am:		Voraussichtliches Studienende:	
Name der Hochschule:			

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 12 Monaten versichert?

Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			

Ich wurde in der Vergangenheit durch eine Krankenkasse von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung der Studenten befreit

Nein Ja, am _____ durch _____

Angaben zum Nebenjob und Einkommen

Ich bin nebenbei beschäftigt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wöchentliche Arbeitszeit: _____ h, monatliches Einkommen: _____ € Name des Arbeitgebers: _____
Ich bin nebenbei selbständig tätig:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wöchentliche Arbeitszeit: _____ h, monatlicher Gewinn: _____ €

Weitere Angaben zum Versicherungsanspruch

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ich habe Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach über- bzw. zwischenstaatlichem Recht (<i>bei Studenten mit ausländischem Wohnsitz</i>):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ich habe Grundwehr- / bzw. Zivildienst geleistet:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheinigung beifügen)

Name:

Vorname:

KV-Nr.:

(bitte Namen und Vornamen ergänzen, falls nicht vorgedruckt)

Angaben zum Pflegeversicherungsbeitrag

Erläuterung: Kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, zahlen einen um 0,25 Prozentpunkte höheren Pflegeversicherungsbeitrag.

Ich erziehe kein(e) Kind(er) bzw. habe kein(e) Kind(er) erzogen.

Ich erziehe (ein) Kind(er) bzw. habe (ein) Kind(er) erzogen.

Bitte legen Sie einen Nachweis über Ihre Elterneigenschaft bei (z.B. Kopie der Geburts- oder Adoptionsurkunde, der Auszug aus dem Familienstammbuch, Kopie des Kinder- oder Erziehungsgeldbescheides).

Bankverbindung:

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:*

Name der Bank

Kontoinhaber

IBAN

BIC

*Hinweis: Die Beiträge werden immer fristgerecht (zum 15. eines Monats für den Vormonat) von Ihrem Konto abgebucht. Sie erhalten rechtzeitig vor der ersten Abbuchung einen Beitragsbescheid von uns sowie eine Mitteilung der Gläubiger-ID und der Mandatsreferenznummer.

Erklärung

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort, Datum

X

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 284 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) und ist zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.skd-bkk.de/rechtliches/datenschutz.

Bitte senden Sie den Originalantrag an: SKD BKK, Schultesstraße 19 A, 97421 Schweinfurt