

MEINE VERSICHERUNG ALS **STUDENT/PRAKTIKANT**

Mitgliedschaftsbeginn

• Sozialversicherungsnummer

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		telefonisch tagsüber zu erreichen*	
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail-Adresse*	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Ich habe Kinder (Beitragsermäßigung Pflegevers.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Geburtsurkunde anbei)	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsname	
Geburtsort	Staatsangehörigkeit		

Wenn • (Sozialversicherungsnummer) noch nicht vergeben wurde, bitte zusätzlich Geburtsinformationen angeben.

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

meine bisherige Krankenkasse/Ort	Versicherungsart
Versicherungszeit vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privatversichert

Studium

an folgender Hoch-/Fachhochschule

Studienbeginn _____ voraussichtliches Ende _____
vom _____ bis _____

Anzahl der bisherigen Fachsemester: Bitte eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Befreiung von der Krankenversicherung

Beginn der Befreiung (ggf. auch Befreiung in der Vergangenheit)
ab dem _____

Grund der Befreiung _____

Studenten:
Bitte eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Beschäftigung/Praktikum

Name des Arbeitgebers _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Dauer der Beschäftigung/des Praktikums
vom _____ bis _____

wöchentliche Arbeitszeit _____ Std./Woche monatliches Bruttoentgelt _____ €

Ich bin während der Beschäftigung an einer Hochschule eingeschrieben
 ja (bitte ergänzen Sie auch das Feld für Studenten)
 nein, die Aufnahme des Studiums ist vorgesehen an folgender Hoch-/Fachhochschule: _____

Verlängerungsmöglichkeiten

Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet
vom _____ bis _____

folgender Dienst wurde geleistet (Bescheinigung liegt bei)
 Zivildienst Wehrdienst Zeitsoldat

Unterbrechung des Studiums
vom _____ bis _____

Unterbrechungsgrund
 Krankheit Behinderung Schwangerschaft

Verlängerung:
Zur Verlängerung der studentischen Krankenversicherung legen Sie entsprechende Bescheinigungen bei.

Beitragszahlung

Zahlung der monatlichen Beiträge

Ich zahle meinen Semesterbeitrag im Voraus. Den Beitrag für das folgende Semester habe ich bereits überwiesen.

Ich beantrage die monatliche Zahlungsweise und bitte um Abbuchung (SEPA-Lastschriftmandat im Original erforderlich).

Steuern sparen: Beiträge zur BKK SBH steuerlich abzugsfähig (bitte unbedingt angeben)

Hiermit willige ich ein, dass die BKK SBH meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung übermittelt. Sofern die Steuer-ID nicht angegeben wird, darf sie die BKK SBH auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern.

Steuer-ID

Ort, Datum

Unterschrift
✘

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V, § 93 SGB XI i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Alle Vorteile und Infos unter
www.bkk-sbh.de

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe

