

# ICH WERDE ALS STUDENT MITGLIED

Mitgliedschaftsbeginn
.....20.....

<b>Sozialversicherungsnummer</b>
.....

## 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 zum bisherigen Versicherungsschutz

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

## Studium

an folgender Hoch-/Fachhochschule	
Studienbeginn vom .....	voraussichtliches Ende bis .....
Anzahl der bisherigen Fachsemester: <input type="checkbox"/>	Bitte eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

## Befreiung von der Krankenversicherung

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

**Studenten:**  
aktuelle Immatrikulations- oder Zulassungsbescheinigung beifügen.

## Verlängerungsmöglichkeiten

Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet vom ..... bis .....
folgender Dienst wurde geleistet (Bescheinigung liegt bei) <input type="checkbox"/> Zivildienst <input type="checkbox"/> Wehrdienst <input type="checkbox"/> Zeitsoldat
Unterbrechung des Studiums vom ..... bis .....
Unterbrechungsgrund <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft

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

## 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 <input type="checkbox"/> ja (bitte ergänzen Sie auch das Feld für Studenten) <input type="checkbox"/> nein, die Aufnahme des Studiums ist vorgesehen an folgender Hoch-/Fachhochschule: .....	

## Familienversicherung


Name, Vorname, Geburtsdatum/Versicherungsnummer <b>Vater</b>	
bei folgender Krankenkasse versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich - <input type="checkbox"/> privatversichert
Name, Vorname, Geburtsdatum/Versicherungsnummer <b>Mutter</b>	
bei folgender Krankenkasse versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich - <input type="checkbox"/> privatversichert

## Beitragszahlung

Zahlung der monatlichen Beiträge <input type="checkbox"/> Ich zahle meinen Semesterbeitrag im Voraus. Den Beitrag für das folgende Semester habe ich bereits überwiesen. <input type="checkbox"/> Ich beantrage die monatliche Zahlungsweise und bitte um Abbuchung (SEPA-Lastschriftmandat im Original erforderlich).
--

## Steuern sparen: Beiträge zur BKK SBH

<b>steuerlich abzugsfähig (bitte unbedingt angeben)</b> <input type="checkbox"/> 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. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage: [www.bkk-sbh.de/datenschutz/](http://www.bkk-sbh.de/datenschutz/)

Alle Vorteile und Infos unter  
[www.bkk-sbh.de](http://www.bkk-sbh.de)

Meine Region  
Meine Krankenkasse  
100% Leistung in  
Ihrer Nähe

