

Ich wähle die studentische Versicherung zum

A) MEINE PERSÖNLICHEN DATEN

Geschlecht:

m (männlich) w (weiblich) x (unbestimmt) d (divers)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	Telefonisch tagsüber erreichbar unter	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ und Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer		
<input type="text"/>		

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend seit geschieden seit

Ich habe **keine Kinder**

Ich habe **insgesamt** **Kinder**, davon sind Kinder unter 25 Jahre alt. (Bitte Tabelle ausfüllen)

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandschaftsgrad des Kindes/der Kinder zu mir
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Adoptivkind
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Adoptivkind
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Adoptivkind

Beihilfeanspruch:

Nein Ja (Bitte Nachweis beifügen)

B) ANGABEN ZUR UNIVERSITÄT BZW. FACHHOCHSCHULE

Name

Anschrift

Einschreibung am Beginn des Studiums Laufende Semesterzahl

Ich bin **ein Promotionsstudent** seit dem

Das **30. Lebensjahr** wird/wurde **überschritten**, weil folgende familiäre oder persönliche Gründe vorliegen/vorlagen

Zugangsvoraussetzungen über den **2. Bildungsweg** **Erkrankung** **Geburt** eines Kindes
 Wehrdienst **Zivildienst** **Bundesfreiwilligendienst**

C) ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ

Ich bin zur Zeit versichert bei (Name der Krankenkasse)

Als **Arbeitnehmer** **freiwilliges Mitglied** **Rentner**

Familienangehöriger, versichert über
(Name, Vorname und Geburtsdatum des Mitglieds)

Ich habe **Wehr-, Zivil- oder Bundesfreiwilligendienst** geleistet
 Nein **Ja**, vom bis

Die Familienversicherung verlängert sich um evtl. geleisteten Wehr-, Zivil- oder Bundesfreiwilligendienst. (Bitte Nachweis beifügen.)

Ich wurde bereits von der Krankenversicherung von der Versicherungspflicht **befreit**
 Nein **Ja**, mit Wirkung vom durch die (Name der Krankenkasse)
(Bitte eine Kopie des Befreiungsbescheides beifügen)

D) ANGABEN ZUR BEITRAGSZAHLUNG

Meine Beiträge sollen von der **Bertelsmann BKK eingezogen** werden. Das SEPA-Lastschriftmandat habe ich beigefügt.

Meine Beiträge werde ich **überweisen**.

E) ANGABEN ZUM EINKOMMEN

Ich habe **eigenes Einkommen**:

Nein **Ja**, Einkunftsart: **Arbeitsentgelt** **Rente**
 Einkünfte aus **selbständiger Tätigkeit**

Mein **monatliches Einkommen** beträgt (Bitte Nachweis beifügen) €

Meine **wöchentliche Arbeitszeit** beträgt **Stunden**

In **diesem Kalenderjahr** habe ich bereits **Beschäftigungen ausgeübt**

Nein **Ja**, vom bis
vom bis

F) STEUER-ID FÜR DIE DATENÜBERMITTLUNG

Gezahlte Beiträge werden **steuermindernd** berücksichtigt. Ich teile Ihnen für die Übermittlung an das Finanzamt meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) mit. Meine Steuer-ID lautet:

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und nach bestem Gewissen gemacht. Jede Änderung meiner Einnahmen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Jede Einkommensänderung ist gem. § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch V unverzüglich mitzuteilen. Unterbleibt eine rechtzeitige Mitteilung, kann der Beitrag auch rückwirkend den veränderten Einkommensverhältnissen angepasst werden. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 und § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister (z.B. Hersteller eGK) sein. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz

Fon: 05241 80-74000**Fax: 05241 80-74141****E-Mail: service@bertelsmann-bkk.de**

Bertelsmann BKK
Postfach 170
33311 Gütersloh

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE37ZZZ00000060995

Mandatsreferenz:

Teilen wir Ihnen gesondert mit.

Krankenversichertennummer:

 Mandat für einmalige Zahlung **Mandat für wiederkehrende Zahlung****SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Bertelsmann BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meine Bank an, die von der Bertelsmann BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meiner Bank vereinbarten Bedingungen.

Gültig ab:

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

NUR FALLS ZAHLUNG FÜR EINE ANDERE PERSON ERFOLGT: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Name, Vorname des Versicherten (abweichender Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort