

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IN DER KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG DER STUDENTEN (KVdS)

Bitte zurück an:
SECURVITA Krankenkasse
Gruppe Beitrag Selbstzahler
Lübeckertordamm 1 - 3
20099 Hamburg

Die Versicherung soll beginnen am:

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Name:	<input type="text"/>	Geburtstag:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsname: Geburtsort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	Hausnummer:	Geburtsland:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
PLZ: Wohnort:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kinder: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Geburtsurkunde beifügen)
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Krankenversicherungsnummer: Steueridentifikationsnummer:
Renten- / Sozialversicherungsnummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur letzten Versicherung (Bitte Bestätigung beilegen)

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung:	<input type="checkbox"/> Familienversicherung:
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> im Ausland versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> im Ausland versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Von: bis: Name der Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="text"/>

Wehr- oder Zivildienst oder Bundesfreiwilligendienst wurde abgeleistet:

Von: bis:

Angaben zum Studium

Bitte fügen Sie dem Fragebogen geeignete Einkommensnachweise, z. B. den aktuellen Steuerbescheid, Gehaltsnachweise etc. bei!

Name und Anschrift der Hochschule:

Beginn des Studiums: Voraussichtliches Ende des Studiums:

Haben Sie vorher eine oder mehrere Fachrichtungen studiert? Nein Ja, folgende Fachrichtung/en

1.	<input type="text"/>	Semesteranzahl	Haben Sie dieses Studium abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	<input type="text"/>	Semesteranzahl	Haben Sie dieses Studium abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht der Studenten befreit? Nein Ja, seit

Grund der Befreiung:

Neben dem Studium

Selbstständig als:	Wöchentliche Arbeitsstunden:
Beschäftigt als:	Wöchentliche Arbeitsstunden:

Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei: _____

	monatlich in Euro	jährlich in Euro
Bruttobetrag Lohn / Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung (bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen)		
Einmalzahlungen (bitte Nachweis beifügen)		
sonstiger geldwerter Vorteil (bitte Nachweis beifügen)		
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (bitte den letzten Einkommenssteuerbescheid; als Existenzgründer bitte Bescheid über Gründerförderung beifügen)		
Renten, z. B. Alters-, Hinterbliebenen oder Unfallrenten (bitte aktuellen Bescheid beifügen)		
Versorgungsbezüge auch aus Betriebsrenten (bitte aktuellen Bescheid beifügen)		
Einmalzahlungen aus Versorgungsbezügen und Betriebsrenten (bitte aktuellen Bescheid beifügen)		
BAföG (bitte Nachweis beifügen)		
Angaben zum Lebensunterhalt:		

SEPA-Lastschriftmandat für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

Mandatsreferenz: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen im Rahmen des Lastschriftlaufes übermittelt.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000003253

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die SECURVITA BKK widerruflich, Beiträge von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift, bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein / wir unser Kreditinstitut an, die von der SECURVITA BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für zurückliegende Beitragszeiträume*.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem jeweiligen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Geldinstitut:

IBAN:

Name des Kontoinhabers:

(falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

BIC:

Unterschrift Kontoinhaber:

Für Rückfragen bin ich telefonisch erreichbar unter:

Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten dürfen zur zukünftigen Kontaktaufnahme und zur Information über Leistungen und Services der SECURVITA Krankenkasse zeitlich unbegrenzt gespeichert und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der SECURVITA Krankenkasse notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter www.securvita.de/datenschutz-krankenkasse oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Information gerne zu.

*wenn nicht zutreffend, bitte streichen