

Beitrittserklärung zur Pflichtversicherung als Student (KVdS)

(auf Grundlage § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V)



BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13
88400 Biberach

Fax: 07351 1824-813

E-Mail: beitritt@bkkvp.de

Servicehotline: 0 800 2 234 987

(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Persönliche Angaben

| | | |
|--|---------------------------|---|
| Vorname | Name | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt |
| Geburtsdatum | Geburtsname | Geburtsort |
| Straße / Hausnummer | | |
| PLZ / Ort | | |
| Mitgliedschaftsbeginn | Rentenversicherungsnummer | Versichertennummer |
| bisher familienversichert über (Name des Elternteils oder Ehegatten) | | |
| bei (Name und Anschrift der bisherigen Versicherung) | | |

Allgemeine Angaben zum Studium

| | |
|--|--|
| In welchem Fachsemester studieren Sie? | Fachrichtung / Hochschule |
| Mein Studium endet voraussichtlich | <input type="checkbox"/> Eine Immatrikulationsbescheinigung mit Angabe der Fachsemesterzahl liegt bei. |
| Ich bin neben meinem Studium beschäftigt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| | wöchentliche Arbeitszeit (Std.): |
| | monatliches Bruttoeinkommen (Euro): |
| | Beschäftigung unbefristet: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| | wöchentliche Arbeitszeit (Std.): |
| | monatliches Arbeitseinkommen (Euro): |
| | Nachweis: Steuerbescheid für das Jahr _____ liegt bei. |
| | Die Einkünfte benötige ich zum Bestreiten des Lebensunterhaltes: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Durch wen wird der Lebensunterhalt sonst sichergestellt? | |

Angaben zur Beitragszahlung

| | |
|---|---|
| Pflegeversicherung / Prüfung Beitragszuschlag (siehe Erläuterung Infoblatt) | Ich habe Kinder. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , <input type="checkbox"/> Nachweis liegt diesem Antrag bei (siehe beiliegendes Infoblatt) <input type="checkbox"/> Nachweis liegt der BKK VerbundPlus bereits vor |
| Übermittlung der Kranken-/ Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung (siehe Erläuterung Infoblatt) | Ich stimme der Datenübertragung nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG durch die BKK VerbundPlus zu. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet: (Steuer-ID besteht aus 11 Ziffern) |
| Beitragsabführung | <input type="checkbox"/> Hiermit ermächtige ich die BKK VerbundPlus, die fälligen Beiträge monatlich abzubuchen. Das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Ich überweise die Beiträge immer für das Semester im Voraus. Bitte teilen Sie mir die Höhe des Beitrages mit. |
| Einkommen | Ich beziehe • eine gesetzliche Rente. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie aktueller Rentenbescheid) • Versorgungsbezüge (rentenähnliche Einnahmen). <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie letzte Abrechnung) • Arbeitsentgelt aus Beschäftigung (s. vorne). <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja • Arbeitseinkommen aus Selbstständigkeit (s. vorne). <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie Gewerbeanmeldung) |
| Angaben zum Versicherungs- verhältnis | Ich habe mich auf Antrag von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung der Studenten befreien lassen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Befreiungsbescheid beifügen) |

Kontaktdaten und Unterschrift

| Kontaktdaten (Telefon / E-Mail), freiwillige Angaben | Datum, Unterschrift |
|--|---------------------|
| <p>Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.</p> | |

SEPA-Lastschriftmandat

Betriebskrankenkasse
VerbundPlus
Postfach 1130
88381 Biberach

Name, Vorname des Auftraggebers

Straße

PLZ und Ort

Zahlungsempfänger: **BKK VerbundPlus**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 72 ZZZ 00000 473488**

Ich ermächtige/n die BKK VerbundPlus, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK VerbundPlus 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC (8- oder 11-stellig)

IBAN

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich, vor dem Einzug der ersten SEPA-Basislastschrift mitgeteilt.