

Beitrittserklärung zur Pflichtversicherung als Student (KVdS)



BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

E-Mail: beitritt@bkkvp.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ich möchte zum Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

Persönliche Angaben

| | | |
|--|-------------|---|
| Name | Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt |
| Straße/Hausnummer | | PLZ/Wohnort |
| Geburtsdatum | Geburtsname | Geburtsort |
| Geburtsland | | Staatsangehörigkeit |
| 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 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 |
| | Name des Arbeitgebers |
| Anschrift des Arbeitgebers | |
| 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? | |

POD004_2023_02_KVdS

Beitrittserklärung zur Pflichtversicherung als Student (KVdS)

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 |
| 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) |
| | Ich beziehe Versorgungsbezüge (rentenähnliche Einnahmen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie letzte Abrechnung) |
| | Ich beziehe Arbeitsentgelt aus Beschäftigung (s. vorne) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | Ich beziehe Arbeitseinkommen aus Selbstständigkeit (s. vorne) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie Gewerbeanmeldung) |
| Angaben zum Versicherungsverhältnis | 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) |

Erklärung und Unterschrift

| | | | | |
|---|------------------------|-----------|---------------------|-----------|
| Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben) | | | | |
| E-Mail | Telefonnummer Festnetz | | Telefonnummer mobil | |
| | Vorwahl | Rufnummer | Vorwahl | Rufnummer |
| <p>Mir ist bekannt, dass es sich hier 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> | | | | |

| | |
|------------|--------------|
| Ort/ Datum | Unterschrift |
| | X |



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).