

# AUFNAHMEANTRAG KVDS

## ERKLÄRUNG ZUR KRANKENVERSICHERUNG DER STUDENTEN (KVDS)

Ich möchte zum

Mitglied der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN (BKK WF) werden.

### PERSÖNLICHE ANGABEN



Name	Titel		Geburtsname	
Vorname	Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße/Hausnummer	Geburtsdatum/Geburtsort			
Adresszusatz	Staatsangehörigkeit			
PLZ/Ort	Familienstand			
Krankenversicherungsnummer	Telefonnummer (tagsüber) *			
Renten-/Sozialversicherungsnummer	Handynummer *			
Steuer-Identifikationsnummer	E-Mail-Adresse *			
Mit der Verwendung meiner Steuernummer im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben bin ich einverstanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Zusatzangabe zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweis beifügen.				

### ANGABEN ZUM STUDIUM



Ich studiere an folgender (Hoch)Schule/Fachhochschule		Fachsemester	
_____		_____	
Eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung		<input type="checkbox"/> habe ich diesem Antrag beigelegt	<input type="checkbox"/> reiche ich sofort nach Erhalt ein
Zahlweg der Beiträge			
<input type="checkbox"/> im Voraus - für das gesamte Semester		<input type="checkbox"/> per Lastschriftverfahren (-> Bitte anliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)	
Ich bin selbständig tätig			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> hauptberuflich
Ich bin neben meinem Studium beschäftigt			
<input type="checkbox"/> ja, bei _____		PLZ _____	Ort _____
<input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt (Mini-Job)		<input type="checkbox"/> als Werkstudent	<input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig
<input type="checkbox"/> nein			

### ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG



Ich bin zur Zeit		
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Auslandsversicherung	<input type="checkbox"/> privat krankenversichert
versichert bei _____ versichert von _____ bis _____		
Im Falle der Familienversicherung Angaben zum bisherigen Stammversicherten:		
Name/Vorname/Geburtsdatum: _____		

### UNTERSCHRIFT



_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift

Die mit einem \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Mit der Angabe erkläre ich mich einverstanden, dass die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN auch telefonisch bzw. elektronisch mit mir in Kontakt tritt. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich, sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Fehlende, falsche oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen führen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und verpflichten sich, Veränderungen Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN mitzuteilen. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Als geöffnete BKK sind wir bundesweit\* wählbar. \*Ausnahme: Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt.

Vorbereitet für ein Fensterkuvert  
oder einfach faxen an: 05661 7374 - 285

**BKK Wirtschaft & Finanzen**  
Zentrale  
Bahnhofstraße 19  
34212 Melsungen

Damit wir Ihren Aufnahmeantrag schnell, korrekt und unbürokratisch bearbeiten können, bitten wir Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben auszufüllen und uns per Post oder Fax zurück zu senden. Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne unter unserer kostenlosen Telefonnummer 0800 5661800 zur Verfügung. Oder senden sie uns eine E-Mail an: [mitglied-werden@bkk-wf.de](mailto:mitglied-werden@bkk-wf.de)

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT ANGABEN DES MITGLIEDS/ZAHLUNGSPFLICHTIGEN



Name
Vorname
Straße/Hausnummer
PLZ/Ort
Geburtsdatum
Krankenversicherungsnummer

Mandatsreferenznummer	wird nachgereicht
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE05ZZZ00000093872

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die BKK Wirtschaft & Finanzen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von BKK Wirtschaft & Finanzen auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Geldinstitutes

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_ | \_\_\_\_  
BIC (SWIFT-CODE)

Kontoinhaber, falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch: \_\_\_\_\_

Die Beiträge sollen erstmalig für den Beitragsmonat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.

Offene Beitragsrückstände können ebenfalls abgebucht werden  ja  nein

## UNTERSCHRIFT



Ort/Datum

X Unterschrift des Mitglieds

X Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch