

ERKLÄRUNG ZUR KRANKENVERSICHERUNG DER STUDENTEN (KVdS)

Ich möchte zum

Mitglied der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN (BKK W&F) werden.



PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Titel		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Vorname	Geburtsname			
Straße/Hausnummer	Geburtsdatum/Geburtsort			
Adresszusatz	Staatsangehörigkeit			
PLZ/Ort	Familienstand			
Krankenversicherungsnummer	Festnetzrufnummer (tagsüber) *			
Renten-/Sozialversicherungsnummer	Mobilfunknummer *			
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 habe ich diesem Antrag beigelegt reiche ich sofort nach Erhalt ein

Zahlweg der Beiträge

im Voraus – für das gesamte Semester per Lastschriftverfahren (-> Bitte anliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Ich bin selbständig tätig

nein ja nebenberuflich hauptberuflich

Ich bin neben meinem Studium beschäftigt

ja, bei _____ PLZ _____ Ort _____

geringfügig beschäftigt (Mini-Job) als Werkstudent krankenversicherungspflichtig nein



ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG

Ich bin zur Zeit

Pflichtmitglied im Rahmen einer Familienversicherung nicht gesetzlich versichert

freiwilliges Mitglied im Rahmen einer Auslandsversicherung privat krankenversichert

versichert bei _____ versichert von _____ bis _____

Im Falle der Familienversicherung Angaben zum bisherigen Stammversicherten:

Name/Vorname/Geburtsdatum: _____

Ich wurde geworben von: _____

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i.V.m. § 175 SGB V zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages 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. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Einwilligungserklärung zur erweiterten Datennutzung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK W&F meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der BKK W&F sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK W&F zu informieren, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

UNTERSCHRIFT

Ort/Datum	Unterschrift



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

BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
Zentrale
Bahnhofstraße 19
34212 Melsungen

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

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

UNTERSCHRIFT



Ort/Datum

<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Mitglieds

<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch