

# Erklärung zur Krankenversicherung der Studenten

## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname ggf. bitte auch Geburtsname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
E-Mail \*

\_\_\_\_\_  
(Rentenversicherungsnummer oder Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Mobilfunknummer)

\_\_\_\_\_  
(Steuer-Identifikationsnummer)

**Ich habe Kinder**  **ja** (bitte Nachweis beifügen)

**nein**

## Bankverbindung \*

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Bank)

\_\_\_\_\_  
(BIC)

\_\_\_\_\_  
(IBAN)

### Falls Sie nicht selbst Kontoinhaber sind, bitte angeben:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Kontoinhabers)

## Krankenversicherung

Ich beantrage die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Student

Ich bin versicherungspflichtiger Student

bei der BAHN-BKK ab dem

Ich studiere an folgender Hochschule/Fachhochschule:

\_\_\_\_\_  
im \_\_\_\_\_ Fachsemester (bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen).

Ich war zuletzt  familienversichert über \_\_\_\_\_

Ich bin/war  pflichtversichert  freiwillig versichert

bei folgender Krankenkasse \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Ich werde den Beitrag für das Semester im Voraus bezahlen. Bitte teilen Sie mir den Gesamtbeitrag mit.

Ich erteile der BAHN-BKK ein SEPA-Mandat zum Einzug der fälligen Beiträge im Lastschriftverfahren.

Ich habe einen Dauerauftrag zur monatlichen Zahlung bei meiner Bank eingerichtet. Ein Nachweis ist beigelegt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Kontoinhabers)

Monatliche Bruttoeinnahmen	monatlich in €	jährlich in €	Beginn der Zahlung
Arbeitsentgelt			
Sonstige Einkünfte (Renten, Versorgungsbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit - Bescheide/Nachweise bitte beifügen)			

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nach § 206 SGB V verpflichtet sind, uns jede Änderung Ihrer Einkünfte, die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder die Beantragung einer gesetzlichen Rente unaufgefordert mitzuteilen. Die Datenerfassung erfolgt unter den entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die mit einem Stern\* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, meiner Krankenkasse den Erhalt von Renten und Versorgungsbezügen, deren Höhe und Zahlstelle dieser Bezüge sowie den Bezug von Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit unverzüglich und vollständig zu melden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die BAHN-BKK mich per E-Mail und SMS über Neuerungen am Krankenkassenmarkt informiert. Die BAHN-BKK verpflichtet sich, meine E-Mail-Adresse und Mobilfunknummer nicht an Dritte weiter zu geben. Mein Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die BAHN-BKK meine persönlichen Daten im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes an die für mich zuständige Finanzverwaltung übermittelt. Meine Steuer-Identifikationsnummer habe ich Ihnen oben mitgeteilt. Ich bin mir bewusst, dass ohne mein Einverständnis die geleisteten Versicherungsbeiträge nicht gemeldet und somit nicht steuerlich geltend gemacht werden können.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

BAHN-BKK  
Tegernseestraße 16  
83022 Rosenheim

### SEPA-Lastschriftmandat

--	--	--

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum)

--	--	--

(Versicherungsnummer (bitte angeben))

(Straße)

(PLZ, Ort)

<b>DE63ZZZ00000022406</b>	
---------------------------	--

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

(Mandatsreferenz - falls nicht vorgedruckt, erfolgt eine separate Mitteilung)

Ich ermächtige die BAHN-BKK KompetenzCenter Versicherung, Tegernseestraße 16, 83022 Rosenheim, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BAHN-BKK 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.

Name der Bank

IBAN

BIC

Dieses Mandat gilt für den Einzug von Beiträgen für: Vorname / Name

Die Beiträge sollen erstmalig ab Monat  abgebucht werden.

Dieses Lastschriftmandat kann ich jederzeit formlos widerrufen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)