Antrag zur Aufnahme in die Krankenversicherung für Studierende (KVdS)

KVdS AN

Rücksendeadresse

BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

Ansprechpartner: Servicebereich Versicherung
Telefon: 09921/9602-364
E-Mail: versicherung.service@bkk-faber-castell.de

Persönliche Angaben

Vorname	**Name**	**Geburtsdatum**	**Krankenversicherungsnummer**
Telefon*	**Mobiltelefon***	**E-Mailadresse*** *freiwillige Angabe	**Rentenversicherungsnummer**
Wohnanschrift		**Geburtsname**	**Geburtsort**
Familienstand	☐ ledig ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend seit: _____ ☐ geschieden seit: _____ ☐ verheiratet, mein(e) Ehepartner(in) ist gesetzlich krankenversichert bei: _____ ☐ verheiratet, mein(e) Ehepartner(in) ist nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert		

Angaben zu Kindern für die Berücksichtigung des Pflegeversicherungsbeitrags

Bitte fügen Sie für jedes Kind dem Antrag eine Geburtsurkunde hinzu!	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind
	☐ leibliches Kind/ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind/ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind/ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind/ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind/ Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					

Angaben zum Studium

Studium an folgender Hochschule			
Beginn des Studiums/Semesters		Promotionsstudium	☐ ja
Duales Studium	☐ ja, beschäftigt bei _____		
Ich übe neben dem Studium eine Werkstudententätigkeit aus **(wenn ja, bitte Werkstudentenvertrag beifügen)**	☐ ja, beschäftigt bei: _____ wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden Beginn/Zeitraum der Tätigkeit: _____		

BKK Faber-Castell & Partner
miteinander · füreinander

Angaben zur Versicherung

Ich war innerhalb der letzten 12 Monate durchgehend versichert:

vom _____ bis _____ Krankenkasse: _____

Bestand zuletzt eine Familienversicherung? ☐ ja, bis _____ ☐ nein

Warum wurde die Familienversicherung beendet (z. B. Vollendung des 25. Lebensjahres)? _____

Die Versicherung soll durchgeführt werden ab oder von/bis: _____

Zusätzliche Angaben für Selbstständige

Ich bin selbstständig tätig als:

☐ Gewerbetreibende(r) (Gewerbeanmeldung beilegen) ☐ freiberuflich Selbstständige(r)/GbR-Inhaber(in)

☐ Vorstandsmitglied einer AG ☐ GmbH-Geschäftsführer(in)

Beginn der selbstständigen Tätigkeit: _____	Arbeitszeit wöchentlich: _____
Versicherungspflichtige Mitarbeiter: _____	Geringfügig beschäftigte Mitarbeiter: _____

Angaben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt (bitte Nachweise beifügen!)

☐ monatlich ☐ jährlich	Selbstständige Tätigkeit	Bruttolohn/Gehalt einschl. Einmalzahlungen	Miete, Pacht, Zinsen	Rente, Pension	Sonstiges Einkommen
Selbst					
Ehegatte					

Einverständniserklärung/Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zur Abbuchung der Beiträge

Kontoinhaber:	Name der Bank:
IBAN:	BIC:
Bei einem **abweichenden** Kontoinhaber ist die nachfolgende Unterschrift notwendig!	
Ort, Datum:	Unterschrift des **abweichenden** Kontoinhabers:

Erklärung/Unterschrift

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen mitteilen und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren der BKK Faber-Castell & Partner lautet: DE97ZZZ000001340.

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller
X	X	X

Datenschutzhinweis (Art. 5,6 DSGVO i.V.m. § 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I und § 206 SGB V verpflichtet