

Rücksendeadresse

BKK Faber-Castell & Partner
Postfach 1265
94209 Regen

Anmeldung zur Krankenversicherung der Studenten (KVdS)

Persönliche Angaben

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Telefon*	Mobiltelefon*	E-Mailadresse*	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, mein Ehegatte ist gesetzlich krankenversichert		
Kinder	<input type="checkbox"/> Ich habe ____ Kinder (sofern nicht geschehen, bitte Geburtsurkunde einreichen) <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder		

Angaben zum Studium

Studium an folgender Hochschule:	
Beginn des Studiums/Semesters:	(bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
Duales Studium:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beschäftigt bei _____

Angaben zur Versicherung

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

Ich war innerhalb der letzten 18 Monate durchgehend versichert:
 vom _____ bis _____ Krankenkasse: _____

Zusätzliche Angaben für Selbstständige

Ich bin selbstständig tätig als:

Gewerbetreibende/er (Gewerbeanmeldung beilegen) freiberuflich Selbstständiger
 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!)

<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	Selbstständiger 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: 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. Gleichzeitig erteile ich der BKK Faber-Castell & Partner meine Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung. Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren der BKK Faber-Castell & Partner lautet: DE97ZZZ000001340

*freiwillige Angabe

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller
		X