



Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung – Schüler und Studenten

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Familienstand	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsangehörigkeit	
Telefonnummer/Mobil ¹		E-Mail ¹	
Rentenversicherungsnummer		einheitliche Versichertennummer ²	

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich versichert von	bis	bei (Name der Krankenkasse)			
Ich war zuletzt	<input type="checkbox"/> pflicht-versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familien-versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	Beginn der Mitgliedschaft ab
Ich bin	<input type="checkbox"/> Student	Momentan befinde ich mich im _____ Fachsemester (bitte Anzahl angeben)			
<small>Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis Ihrer Schule/Hochschule (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) bei.</small>	<input type="checkbox"/> Masterstudent	Momentan befinde ich mich im _____ Fachsemester (bitte Anzahl angeben)			
		Meinen Abschluss zum Bachelor habe ich innerhalb von _____ Fachsemestern erlangt.			
	<input type="checkbox"/> Meisterschüler	<input type="checkbox"/> Schüler des 2. Bildungsweges	<input type="checkbox"/> Berufsfachschüler		

Angaben zum Nebenjob und Einkommen

<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Nebenjob	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Nebenjob	Name des Arbeitgebers
	Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden.	
<input type="checkbox"/> Ich bin nebenbei selbständig	Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden, monatlicher Gewinn: _____ Euro	
Ich beziehe eine Rente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich beziehe einen Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

<input type="checkbox"/> Die monatlichen Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	<input type="checkbox"/> Die Beiträge werden überwiesen. Mir ist bekannt, dass der gesamte Semesterbeitrag für Studenten vor Beginn des Semesters fällig wird.
BIC	IBAN
Name der Bank/Kreditinstitut	Name des Kontoinhabers

Unterschrift

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung/Basislastschriftmandat (SEPA)	Ort, Datum
<small>Ich ermächtige die Bosch BKK, Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften einzulösen. Diese Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Kreditinstitut. Mir ist bekannt, dass ich die der Bosch BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen habe. 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.</small>	Unterschrift des Kontoinhabers

Willenserklärung zum Antrag

<small>Ich erkläre, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen. Ich wünsche die Durchführung der Krankenversicherung der Studenten. Falls keine Versicherungspflicht als Student besteht, soll die Mitgliedschaft freiwillig durchgeführt werden.</small>	Ort, Datum
	Unterschrift des Mitgliedes

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.

¹ Angaben freiwillig | ² Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.