

**BOSCH****BKK**

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	<input type="checkbox"/> Meisterschüler	<input type="checkbox"/> Schüler des 2. Bildungsweges	<input type="checkbox"/> Berufsfachschüler	
<small>Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis Ihrer Schule/Hochschule (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) bei.</small>	Schulbesuch/ Studium ab				
	Name und Anschrift der Schule/ Hochschule				

Angaben zum Nebenjob und Einkommen

<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Nebenjob	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Nebenjob Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden.	Name des Arbeitgebers
<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

<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 (§§10, 284, 289 SGB V, §§50, 94 SGB XI). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.Bosch-BKK.de/ Datenschutz.

¹ Mit diesen freiwilligen Angaben helfen Sie uns bei Nachfragen. | ² Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.