

## Mitgliedschaftsantrag für Schüler und Studenten

Ich möchte Mitglied werden ab \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder per Mail über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

neue Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Folgende Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungs- bzw. Krankenversicherungsnummer vorliegt.**

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Familienstand  ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  getrennt lebend  geschieden

**Feststellung der Elterneigenschaft (Bitte Nachweis beifügen.)**

Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Das heutige Alter des Kindes ist hier ohne Bedeutung)

nein  ja \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes)

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind/Adoptivkind  Stiefkind  Pflegekind

### Angaben zum Studium/zur Schule

**(Bitte aktuelle Schul-/Studienbescheinigung beifügen.)**

Ich studiere seit \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Ich bin Schüler seit \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

an folgender Schule/Hoch-/Fachhochschule \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Ich bin im \_\_\_\_\_ Fachsemester.

Erwerb der Hoch-/Fachhochschulreife am \_\_\_\_\_

Ich beziehe bzw. beantrage Bafög. ja  nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgende Frage nur, wenn Sie Schüler/in an einer berufsbildenden Schule sind.

Ich beziehe bzw. beantrage Leistungen von der Agentur für Arbeit. ja  nein

**(Bitte aktuelle Schul-/Studienbescheinigung oder Leistungsbescheid beifügen.)**

**In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert (Angaben sind unbedingt erforderlich – bitte Versicherungszeitenbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung beifügen):**

Zeitraum von – bis	Art der Mitgliedschaft ankreuzen	Name, Anschrift der Krankenkasse
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert/privat versichert/Auslandsaufenthalt	
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> nicht versichert/privat versichert/Auslandsaufenthalt	

### **Ergänzende Angaben:**

Ich habe mich von der Krankenversicherung befreien lassen.  ja  nein

Ich habe mich von der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.  ja  nein

Ich übe nebenbei eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aus.  ja  nein

Wenn ja, füllen Sie bitte auf der Folgeseite die **Ziffern 1 bzw. 2** aus.

Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.  ja  nein

Ich erhalte rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge, Betriebsrente, Pensionen).  ja  nein

Wenn Sie Rente und/oder Versorgungsbezüge beziehen, füllen Sie bitte zusätzlich auf der Folgeseite die **Ziffer 3** aus.

Ich habe sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt.  ja  nein  
 Art der sonstigen Einnahmen \_\_\_\_\_ und Höhe monatlich \_\_\_\_\_ €  
 Ich habe Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.  ja  nein  
 Höhe monatlich \_\_\_\_\_ €  
 Ich habe Einnahmen aus Kapitalvermögen (Bitte Zinsbescheinigungen beifügen.)  ja  nein  
 Höhe monatlich \_\_\_\_\_ €

Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kind/er), die beitragsfrei\* mitversichert werden sollen.  
 ja (Wir nehmen hierzu in Kürze Kontakt mit Ihnen auf.)  nein \* vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen  
 Sind Sie bei Ihrer bisherigen Krankenkasse einem Wahltarif beigetreten?  ja, ab \_\_\_\_\_  nein

**Beitragszahlung**

Mein Beitrag soll monatlich abgebucht werden:  
 Name des Geldinstitutes, Ort \_\_\_\_\_  
 Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

**Erläuterungen zu den ergänzenden Angaben**

**1. Arbeitnehmer/in**

Ich bin beschäftigt seit \_\_\_\_\_ als (Berufsbezeichnung) \_\_\_\_\_  
 bei der Firma \_\_\_\_\_  
 Firmenanschrift \_\_\_\_\_  
 Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.  
 Meine wöchentliche Studienzeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.  
 Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung (Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, usw.) \_\_\_\_\_ € monatlich  
 Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, u. a.) \_\_\_\_\_ € jährlich

**2. Selbstständige/r**

Ich bin selbstständig seit \_\_\_\_\_ als (z. B. Teilhaber/Inhaber) \_\_\_\_\_  
 bei der Firma \_\_\_\_\_  
 Firmenanschrift \_\_\_\_\_  
 Ich beschäftige Arbeitnehmer.  
 Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.  
 Meine wöchentliche Studienzeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.  
 Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts) \_\_\_\_\_ € monatlich

**3. Rentenantragsteller/in, Rentenbezieher/in**

Ich habe Rente beantragt am \_\_\_\_\_  
 Ich beziehe Rente/n aus der gesetzlichen Rentenversicherung.  ja  nein  
 Wenn ja, Rentenbeginn \_\_\_\_\_ Rentenzeichen \_\_\_\_\_  
 Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_  
 Rentenhöhe monatlich \_\_\_\_\_ €  
 Höhe des/der Versorgungsbezüge monatlich \_\_\_\_\_ €  
 Einmalzahlungen aus Rente und/oder Versorgungsbezügen (Nachzahlungen, u. a.) \_\_\_\_\_ € jährlich

Bitte fügen Sie geeignete Einkommensnachweise bei, wie z.B. Entgeltabrechnung, Rentenbescheide, Betriebsrentenbescheide, Einkommenssteuerbescheid.

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger BKK zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Ich bin mit der Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung einverstanden. (Informationen siehe Anlage)  
 ( ) ja **Steueridentifikationsnummer (STIN):** ..... ( ) nein  
 Einer Abfrage der STIN über die ZfA direkt beim Bundeszentralamt für Steuern stimme ich zu. ( ) ja ( ) nein

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_