Anmeldung zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten

Ich möchte Mitglied werden ab ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Angaben zur Person

☐ männlich ☐ weiblich

Name, Vorname: _____ ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Rentenversicherungsnr.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Geburtsname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Angaben zur Vorversicherung

☐ Ich war bisher familienversichert bei _____. Die Versicherung endet am _____.

☐ Ich war bisher pflichtversichert bei _____. Die Versicherung endet am _____.

☐ Ich war wie folgt versichert: _____

Angaben zur Pflegeversicherung

☐ Ich habe keine Kinder ☐ Ich habe Kinder (Nachweis liegt bei)

Angaben zum Studium (Bitte aktuelle Studienbescheinigung mit Angabe des Fachsemesters beifügen)

☐ Universität ☐ Fachhochschule in _____ Anzahl Fachsemester _____

Studium seit _____ bis voraussichtlich _____ Fachrichtung _____

Vorheriges Studium in dieser Fachrichtung ☐ nein ☐ ja Anzahl Fachsemester _____

Beitragszahlung

Die fälligen Beträge sollen abgebucht werden:

IBAN: _____ DE☐☐ BLZ ☐☐☐☐☐☐☐☐ Kto.Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC: _____

Abweichender Kontoinhaber: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____

☐ Die Beiträge für das gesamte Semester werden im voraus gezahlt.

Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich zu einer BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen ServiceAngebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

☐ ja, ich bin damit einverstanden ☐ nein, ich bin damit nicht einverstanden

_____
Unterschrift (bei Zustimmung)

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie evtl. erfolgte Beitragserstattungen oder ausgeschüttete Prämienzahlungen der Finanzverwaltung meldet, damit diese Beträge steuerlich berücksichtigt werden können. Nach dem Bürgerentlastungsgesetz ist die BKK zur Meldung verpflichtet, soweit eine Einwilligung des Versicherten vorliegt. ***Bitte beachten Sie, dass Ihnen steuerliche Nachteile entstehen können, wenn Sie der Datenübermittlung nicht zustimmt!***

☐ ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden. ***Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet:*** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die beigefügten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. ***Hinweis:*** Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

_____ _____

Ort, Datum ***Unterschrift***

Ich wurde geworben von / Werbeprämie* (Gilt nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war)

Name, Vorname: _____ Mitglieds-Nr. / Geburtsdatum: _____

IBAN: DE☐☐ BLZ ☐☐☐☐☐☐☐☐ Kto.Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC: _____

* Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.

ServiceCenter Minden
Marienstraße 122
32425 Minden

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Straße 86
26954 Nordenham

ServiceCenter Bünde
Bahnhofstraße 8
32257 Bünde

ServiceCenter Espelkamp
Breslauer Straße 22
32339 Espelkamp

BKK Melitta Plus

Immer an meiner Seite

Ihre Ansprechpartner:

Anna-Louisa Marzinzick Telefon: 04731 9334-137 Fax: 04731 9334-220
Hanna Wrede Telefon: 0571 9759-1193 Fax: 0571 9759-1293
studentenservice@bkk-melitta.de • www.bkk-melitta-plus.de