# Mitgliedsantrag für Studenten

**Salus BKK**
Mit gutem Gefühl krankenversichert

ASSEKURANZ-BÜRO SCHWAB
68799 REILINGEN
Tel.: 06205-283600 * Fax: 06205-2589491
Mailto: abs@ottoschwab.de
PARTNER-Nr:. 1646

**Ich möchte zum** T T M M J J J J **Mitglied der Salus BKK werden.**

## Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr **Familienstand:** ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend

Name, Vorname | Geburtsdatum (T T M M J J J J)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Bisherige Krankenversicherungsnummer *Diese finden Sie auf Ihrer bisherigen Versichertenkarte!* | Telefonnummer tagsüber *(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)*

Rentenversicherungsnummer *(bitte unbedingt angeben!)* | **Keine Rentenversicherungsnummer?** Dann bitte Geburtsort, -land & Geburtsnamen angeben!

E-Mail-Adresse *(freiwillige Angabe)*

☐ Ja, ich möchte den kostenfreien, monatlichen E-Mail-Newsletter erhalten. Diesen kann ich jederzeit abbestellen.

## Angaben zum Studium (bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Studienfach | Tag der Einschreibung (T T M M J J J J) | voraussichtliches Ende des Studiums (T T M M J J J J)

Name und Anschrift der Hochschule

▶ **Ich bin während meines Studiums noch selbstständig tätig** ☐ ja ☐ nein

Art der selbstständigen Tätigkeit | wöchentliche Arbeitszeit | monatliche Einnahmen

Name und Anschrift des Gewerbes

▶ **Ich bin während meines Studiums noch beschäftigt** ☐ ja ☐ nein

Art der Beschäftigung | wöchentliche Arbeitszeit | monatliche Einnahmen

Name und Anschrift des Arbeitgebers

## Angaben zur Vorversicherung

Ich war in der Zeit vom T T M M J J J J bis T T M M J J J J wie folgt versichert:

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ sonstiges: _____

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse

Kündigungsbestätigung ist nur erforderlich, wenn bisher eine eigene Mitgliedschaft bestanden hat und diese gekündigt wurde. ☐ Kündigungsbestätigung liegt bei ☐ Kündigungsbestätigung wird nachgereicht

☐ Ich wurde von der Versicherungspflicht als Student befreit. Eine Kopie des Bescheides liegt diesem Antrag bei.

## Familienversicherung für eigene Kinder / Ehegatten

Für (freiwillige) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgrund des Kinderberücksichtigungsgesetzes mit Vollendung des 23. Lebensjahres in der Pflegeversicherung ein Zuschlag von 0,25 % erhoben. Dieser Zuschlag entfällt, sofern ein Nachweis der Elterneigenschaft erbracht wird. Bitte legen Sie einen solchen Nachweis (z. B. in Form einer Geburtsurkunde) diesem Antrag bei oder senden ihn zeitnah nach.

Ich habe ____ Kinder. Davon sind zur Zeit ____ unterhaltsberechtigt. (Bitte auch dann angeben, wenn Ihre Kinder bereits volljährig sind!)

▶ **Sofern Angehörige kostenfrei mitversichert werden sollen:**

☐ Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu. ☐ Ein Antrag auf Familienversicherung liegt diesem Antrag bei.

## Ihr Foto für die eGK

Bitte hier Ihr Bild für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) einkleben.

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen ohne ein Passbild keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) ausstellen können.**

Sollten Sie gerade kein Passbild zur Hand haben, wählen Sie bitte eine der folgenden Optionen:

☐ Ich sende mein Bild per Post nach. Bitte senden Sie mir den entsprechenden Vordruck zu.

☐ Ich sende mein Bild per E-Mail: passbild@salus-bkk.de

☐ Ich lade mein Bild online hoch: www.salus-bkk.de/egk

Bitte beachten Sie die Hinweise zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie der Fotobeschaffenheit auf der nächsten Seite dieses Antrags.

## Für interne Zwecke

Vermittlernummer

1646

Agentur

ASSEKURANZ-BÜRO SCHWAB
68799 REILINGEN
Tel.: 06205-283600
Fax: 06205-2589491
Mailto: abs@ottoschwab.de



Bitte wenden

Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

Name, Vorname des Mitglieds

T T M M J J J J
Geburtsdatum

## Zahlung der Beiträge / SEPA-Lastschriftmandat *(Salus BKK Gläubiger-ID: DE62ZZZ00000053464)*

### Den Beitrag pünktlich bezahlen

Eine Einzugsermächtigung ist die bequemste Art, um den studentischen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag zu zahlen. Der Beitrag wird monatlich (rückwirkend für den Vormonat) abgebucht. Sollten Sie keine Einzugsermächtigung wünschen oder erteilen, sind die Beiträge für ein Semester im Voraus zu zahlen. Hierzu erhalten Sie mit den Bestätigungsunterlagen weitere Informationen.

☐ Hiermit ermächtige ich die Salus BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salus BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Beiträge werden jeweils zum 15. des **Folgemonats** von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber/in

Geldinstitut

D E
IBAN

BIC

X
**Ort, Datum** **Unterschrift des Kontoinhabers**

## Steueridentifikationsnummer

☐ Um meine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich geltend machen zu können, bin ich mit einer Weitergabe meiner Daten an die Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) einverstanden. Mein Einverständnis umfasst auch eine Abfrage der Steueridentifikationsnummer (TIN) beim Bundeszentralamt für Steuern.

Steueridentifikationsnummer (TIN)

**▶ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Künftige Änderungen (z. B. meiner Einkommensverhältnisse) werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen.**

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden.

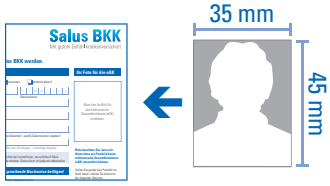
X
**Ort, Datum** **Unterschrift des Mitglieds**

## Wichtiges zu Ihrem Foto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Ihr Passbild auf der Vorderseite der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) trägt entscheidend dazu bei, Kartenmissbräuche zu verhindern. Bei fehlendem Passbild können wir Ihnen keine eGK ausstellen (§ 192 SGB V). Wir weisen Sie vorsorglich darauf hin, dass dies für Sie zu Nachteilen bezüglich der Leistungsinanspruchnahme führen kann.

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum benötigten Passbild

- Senden Sie uns ein aktuelles Passbild im Format 35 x 45 mm. Die Höhe der Gesichtsdarstellung sollte mindestens 32 mm (gemessen vom Haaransatz bis zum Kinn) betragen.




Bitte kleben Sie Ihr Bild (Format 35 x 45 mm) in das dafür vorgesehene Feld auf der Vorderseite dieses Antrags!

- Der Bildhintergrund darf keine störenden Konturen, Gegenstände oder andere Personen zeigen. Darüber hinaus muss ein deutlicher Kontrast zu Gesicht und Haaren vorhanden sein.
- Die Augen müssen geöffnet und deutlich sichtbar sein. Bei Brillenträgern dürfen die Augen nicht durch das Brillengestell verdeckt sein.
- Sollten Sie eine Kopfbedeckung tragen (z. B. aus religiösen Gründen), muss Ihr Gesicht dennoch im vollen Umfang zu erkennen sein.
- Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen Ihr Passbild nicht zurücksenden können.

### Hinweise zum Datenschutz

Zur Ausstellung Ihrer eGK ist es erforderlich, dass wir ein digitales Bild von Ihnen speichern, welches auf die Karte aufgedruckt wird. Die Speicherung ist aufgrund technischer Verfahren zwingend erforderlich. Die Aufbewahrung der Bilddaten ermöglicht es bei Verlust oder Beschädigung der Karte bzw. Namensänderung sofort eine neue Gesundheitskarte auszustellen.